

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ
ИМ. В.П. СЕРБСКОГО»



**ШЕСТОЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ»**

18-20 мая 2016 г., Уфа

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

УДК 616.89:613.8
ББК 56.14
К....

Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии – Уфа, 18-20 мая 2016 г. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. – 306 с.

Под редакцией д.м.н., профессора З.И. Кекелидзе

Редакционная коллегия: член-корр. РАН Ю.А. Александровский, к.б.н. Е.В. Борисова, д.м.н., проф. Б.А. Казаковцев, д.м.н., проф. Б.С. Положий, д.м.н., проф. А.А. Портнова, д.психол.н., проф. Ф.С. Сафуанов, д.м.н., проф. А.А. Ткаченко, д.психол.н., проф. А.Б. Холмогорова, д.м.н., проф. А.Б. Шмуклер

Сборник подготовили: к.б.н. Е.В. Борисова, к.б.н. Н.Н. Галева, А.В. Хмелева

Макет и компьютерная верстка:

ISBN.....

© ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского»
Минздрава России, 2016
© Коллектив авторов, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Абакарова А.М., Мухамедов Г.Т. ПСИХОПРОСВЕЩЕНИЕ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН	38
ГКУ РД «Республиканский психоневрологический диспансер», г. Махачкала	
Аблиева Ю.А., Акимова М.А., Богданов С.И. ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	38
ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАОУ СО «Областной наркологический диспансер», г. Екатеринбург	
Агибалова Т.В., Поплевченков К.Н., Кибитов А.О. КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛИЧНОСТНЫЕ, ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ВАРИАНТОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ	39
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	
Агамамедова И.Н., Никитина Т.Е., Бобров А.Е. О ПРАКТИЧЕСКОМ ОПЫТЕ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА СОМАТИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СТАЦИОНАРА	40
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	
Адгамов М.Х. ОРГАНИЗАЦИИ РАЦИОНАЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	41
ГАОУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	
Акимова М.А., Богданов С.И., Аблиева Ю.А. ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ	42
ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАОУ СО «Областной наркологический диспансер», г. Екатеринбург	
Алавердова Л.Л. ПОМОЩЬ ДОБРОВОЛЬЦА ПЕРЕЖИВШИМ СУИЦИД БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА	43
Американский Фонд предотвращения самоубийств (American Foundation for Suicide Prevention)	
Александрова Н.А., Шкитырь Е.Ю. СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	43
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Алексеев Э.М., Гершенович Г.М., Петров А.С. ОЦЕНКА ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНОГО ПОТЕНЦИАЛА НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	44
КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», г. Красноярск	
Алиев М.А., Мухамедова И.Н. МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА И ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	45
ГКУ РД «Республиканский психоневрологический диспансер», г. Махачкала	
Алифанова М.К., Рабигалов Ф.А., Халилова И. В. ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ СИНДРОМА ДИСМОРФОФОБИИ-ДИСМОРФОМАНИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ	46
ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград	

Алкеева-Костычева Е.А.	
ПРИМЕНЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	47
Альбицкая Ж.В.	
ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК ОТСРОЧЕННЫЙ ДИАГНОЗ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА	
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Нижний Новгород	48
Амирасланова Р.Х., Тарханов В.С., Андреев А.Ю.	
ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ОТДЕЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА И ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	48
ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань	
Арзуманов Ю.Л., Васечкин В.Б., Абакумова А.А.	
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ГЕРОИНОМ В АНАМНЕЗЕ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	49
Асадуллина Г.М., Юлдашев В.Л., Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А.	
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ «ДИЗАЙНЕРСКИХ» НАРКОТИКОВ НЕГОСУДАРСТВЕННОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА	50
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа	
Ассанович М.В.	
ОЦЕНКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В РАМКАХ ДИМЕНСИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА	51
УО Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь	
Ахмерова И.Ю., Валинуров Р.Г., Тулбаева Н.Р.	
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АУТИЗМОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	51
Ахмерова С.Г., Тер-Исраелян А.Ю., Панюкова И.А., Загатина Ю.В., Федин Э.Е.	
СУБЪЕКТНЫЙ СОСТАВ ПРАВООТНОШЕНИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФОРМАЦИИ, СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ	
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, г. Москва, ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 ДЗ г. Москвы»	52
Ахметова Л.Ш., Яхин К.К., Малыгина Т.А.	
ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА	
ГБОУ ВПО «Казанский Государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева», г. Казань	53
Бадретдинов Р.М., Губин В.В., Рисберг И.В., Мустафина Ф.Р.	
ПРАКТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	54
Байбородов Ю.А.¹, Бедина И.А.², Зиньковский В.В.³	
СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ И РОДСТВЕННИКАМ ПОГИБШИХ НА ШАХТЕ «СЕВЕРНАЯ»	
¹ ВМООЗ ГКУ РК «Центр обеспечения деятельности Министерства здравоохранения Республики Коми», г. Воркута,	
² ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,	55
³ ГБУЗ РК «Ухтинская психиатрическая больница», г. Ухта	

Байков И.Р. СОЦИАЛЬНЫЕ МЕДИА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	55
Байкова М.А., Меринов А.В., Лукашук А.В. НАЛИЧИЕ ВЕРЫ В БОГА И АУТОАГРЕССИВНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань	56
Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Волкова Е.Н., Цветкова Е.Н. ПРОГРАММА ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ФАС ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Центр наук о здоровье Университета Оклахомы (США)	57
Банников Г.С., Федунина Н.Ю. Павлова Т.С., Летова А.В. МЕХАНИЗМЫ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	58
Баранов М.Л.¹, Джангильдин Ю.Т.² ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ¹ Главный военный клинический госпиталь Внутренних Войск МВД России, г. Балашиха ² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», г. Москва	59
Бартош Т.П. ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА ПОДРОСТКОВ-СЕВЕРЯН, СКЛОННЫХ К УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН, г. Магадан	60
Баурова Н.Н., Днов К.В., Рутковская Н.Н. РАННИЙ ПОСТСУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург	61
Бибчук М.А. ПОДГОТОВКА КАДРОВ ДЛЯ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ ДУШЕВНОБОЛЬНОГО РЕБЕНКА – ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГБОУ ВПО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва	61
Бедина И.А., Шпорт С.В. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДСТВЕННИКАМ ПОГИБШИХ В АВИАКАТАСТРОФАХ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	62
Бедина И.А., Алкеева-Костычева Е.А. СТРУКТУРА ОБРАЩЕНИЙ В СЛУЖБУ «ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ» ВНЕ ЗНАЧИМЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	63
Безменов П.В., Серебровская О.В., Портнова А.А., Смирнов И.И., Усачева Е.Л., Вяльцева И.Ю., Романова О.А., Наумец М.И. ДИНАМИКА ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОКАЗАНИЯ КРИЗИСНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ г. Москвы, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	64

Беккер И.М., Кислова А.И.	
ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДИСПАНСЕРА И НКО В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева» Минздрава Республики Татарстан, филиал Набережночелнинский психоневрологический диспансер, г. Набережные Челны, г. Казань	65
Бельцева Ю.А., Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г.	
АНАЛИЗ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ GERONТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПРИЗНАКАМИ ГОСПИТАЛИЗМА	
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург	66
Береза Ж.В., Исаева Е.Р.	
СТИЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В СЕМЬЯХ ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург	66
Бобков Е.Н., Киржанова В.В., Муганцева Л.А.	
ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ И ИХ ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ: АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	67
Бобров А.Е., Файзрахманова Е.В.	
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	68
Богданов А.К., Гречанин Н.Р., Яшихина А.А.	
ПЕРВИЧНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ГРАЖДАН НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ИМУЩЕСТВЕННОЙ СДЕЛКИ	
ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер», г. Самара	69
Бойко Е.О., Ложникова Л.Е.	
ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРАКТИКА МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	
ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1», ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар	70
Бойков С.В.	
ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ ОБОСНОВАННОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
ГБУЗ «Республиканская психиатрическая больница № 2» Минздрава Республики Башкортостан, г. Стерлитамак	70
Бомов П.О.¹, Бушара Н.М.²	
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИИ	
¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,	
² ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург	71
Бородин В.И., Панченко Е.А., Данилова С.В.	
ТЕЛЕПСИХИАТРИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В СФЕРЕ ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ, ПСИХООБРАЗОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	72

Бочарова Е.А.¹, Ипатова О.Н.² ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ПОМОЩИ СЕМЬЕ С РЕБЁНКОМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	73
¹ ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, ² МБДОУ Детский сад № 37, г. Архангельск	
Брижак С.С., Мыльникова Ю.А., Наджарьян А.И. ВЕДУЩИЕ ПРЕДИКТОРЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО И ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА	74
ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» г. Краснодар	
Брюханова О.Б., Кунафина Е.Р. РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В РАБОТЕ ОТДЕЛЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ	75
ГБУЗ РБ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа	
Буйневич К.В., Тарханов Д.В., Иванова Е.С. СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ У ПОСТУПИВШИХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	75
ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань	
Букреева Н.Д., Ракитянская Е.А, Кутуева Р.В. СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ ТRENДЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	76
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Буркин М.М.¹, Молчанова Е.В.² ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ	77
¹ ГБОУ ВО Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск ² Институт экономики Карельского научного центра РАН, г. Петрозаводск	
Буторин Г.Г.¹, Бенько Л.А.² ФАКТОРЫ РИСКА СЕМЕЙНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ ВЫНУЖДЕННОЙ МИГРАЦИИ	78
¹ ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет», г. Челябинск, ² ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск	
Валеева А.М. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ О НАСИЛИИ	79
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Казань	
Валинуров Р.Г. ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ (ПФО)	80
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	
Вальддорф Е.В., Незнанов Н.Г. СЛУЖБА В АРМИИ И ПОЛУЧЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ФАКТОРЫ АГРЕССИИ И АУТОАГРЕССИИ У ЛИЦ С СЕКСУАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ	80
ГКУЗ «Ленинградский областной психоневрологический диспансер», ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург	
Васильева С.М., Коряпина Ю.А. ОСОБЕННОСТИ ПРОЕКТИВНЫХ РИСУНКОВ У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ	81
ГБУЗ «Областной клинический психоневрологический диспансер», г. Тверь	

Вандыш В.В., Дадашев Р.Х. СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (СТ.22 УК РФ)	82
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Введенский Г.Е., Штарк Л.Н. ЭКСПЕРТНЫЕ ВЫВОДЫ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ СЕКСОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ	83
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Вельтищев Д.Ю.¹, Лисицына Т.А.², Ковалевская О.Б.¹, Серавина О.Ф.¹, Зелтынь А.Е.¹, Дрожжина Е.Н.¹ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА, СТРЕССОВЫЙ СИНДРОМ И ДЕПРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ	84
¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии,	
² НИИ Ревматологии им. В.А.Насоновой, г. Москва	
Веракса А.Е.¹, Егоров А.Ю.^{2,3,4} ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КУПИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ	85
¹ Государственная психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова, г. Санкт-Петербург	
² Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова,	
³ ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный университет,	
⁴ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург	
Виндорф С.А. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОДРОСТКОВ ГРУППЫ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ НАРКОЗАВИСИМОСТИ	86
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», г. Санкт-Петербург	
Воликова С.В., Авакян Т.В. СПОСОБНОСТЬ К МЕНТАЛИЗАЦИИ И ТИП ПРИВЯЗАННОСТИ У ДЕТЕЙ-СИРОТ	86
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии,	
ГБОУ ВПО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва	
Ворсина О.П.^{1,2}, Колмакова Н.Б.³ ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, СОВЕРШИВШИХ ЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДЫ	87
¹ ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России,	
² ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1»,	
³ ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер», г. Иркутск	
Выборных Д.Э., Хрущев С.О. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ	88
ФГБУ «Гематологический научный центр» Минздрава России, г. Москва	
Габрильянц М.А. О РОЛИ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ	89
Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Государственный антинаркотический комитет, г. Москва	
Гажа А.К., Баранов А.В., Казакова Е.Ю., Белевитина Н.А. ПОСМЕРТНЫЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ СУИЦИДЕНТОВ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ	90
ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», г. Тамбов	

Газизова М.Ф.	
ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ	
ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	91
Ганзенко М.А., Мазо Г.Э.	
ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА	
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург	91
Гареев И.Ф., Байков И.Р., Юлдашев В.Л.	
ОПЫТ СНИЖЕНИЯ МАСШТАБОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер № 1» Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	92
Гатин Ф.Ф., Миннетдинова Л.М., Гатин Э.Ф.	
ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, НАХОДЯЩИМСЯ НА СТАЦИОНАРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ	
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Казань	93
Герасимчук М.Ю.	
РАЗРАБОТКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ И ФАРМАКОТЕРАПИИ: ЗНАЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ	
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздрава России, г. Москва	94
АНАЛИЗ ПРЕДПОСЫЛОК ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕПСИХИАТРИИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ	
Гершенович Г.М., Петров А.С., Мокшина Т.О.	95
КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», г. Красноярск	
Гиленко М.В.	
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им.В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	96
Гильманов А.Х.	
ДЕПРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ	
ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	96
Глазкова Т.Н., Гажа А.К.	
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕЕСПОСОБНОСТИ	
ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», г. Тамбов	97
Гончаренко А.Ю.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ ВОЕННУЮ СЛУЖБУ ПО КОНТРАКТУ	
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург	98
Горобец Л.Н.	
ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	99
Горшкова Е.Н., Воликова С.В.	
ПЕРФЕКЦИОНИЗМ У ПОДРОСТКОВ С ЗАИКАНИЕМ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, ГБОУ ВПО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва	100

Гранкина И.В., Иванова Т.И. ПРЕДИКАТЫ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	100
БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой», г. Омск	
Грачева Л.В., Сергеев В.А. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ЛИЦ С БОЕВЫМ СТРЕССОМ В АНАМНЕЗЕ	101
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск	
Григорьева И.В., Кралько А.А. ТРУДОВАЯ РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ	102
ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь	
Гуменюк Л.Н. НЕОКОНСЕРВАТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ БЕЗДОМНЫХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ	103
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь	
Гуреева И.Л.¹ Иванова Г.А.², Хафизова Л.Р.¹ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	104
¹ ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,	
² СПБ ГБУЗ «Введенская больница», г. Санкт-Петербург	
Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Папсуев О.О. ДИНАМИКА НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНО КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	104
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	
Гусева О.И. ПРОФИЛАКТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ КАК ИНСТРУМЕНТ ВОСПРОИЗВОДСТВА ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ СТРАНЫ	105
ГНЦ РФ Институт медико-биологических проблем РАН, г. Москва	
Гуткевич Е.В. АДАПТАЦИОННО-ПРЕВЕНТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕМЬИ КАК ФАКТОР ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	106
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», г. Томск, ФГБОУ ВПО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск	
Данилова С.В., Бородин В.И., Панченко Е.А. ТЕЛЕОБУЧЕНИЕ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В СИСТЕМЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПСИХИАТРИИ	107
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Даренский И.Д. ПСИХАГОГИКА, КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛЬНО НАПРАВЛЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	108
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	
Дашиева Б. А.¹, Тюлюпо С.В.² ПОВЕДЕНИЕ СЕЛЬСКИХ РОДИТЕЛЕЙ В ПОЛЕ МЕДИЦИНСКОГО СЕРВИСА	108
¹ ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», г. Томск,	
² ФГБОУ ВПО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск	

Дворин Д.В. ЭКПЕРТНЫЕ ПОДХОДЫ В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	109
Дворянинова В.В. СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РОДСТВЕННИКОВ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Нижний Новгород	110
Демидова Л.Ю. РОЛЬ АЛЕКСИТИМИИ В ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ АНОМАЛЬНОМ СЕКСУАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	111
Демчева Н.К., Казаковцев Б.А., Яздовская А.В., Решетова Д.В. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	111
Денисенко М.К. СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ, В РОССИИ И ГЕРМАНИИ ГБУЗ Нижегородской области «Клиническая психиатрическая больница № 1», г. Нижний Новгород	112
Дереча В.А., Дереча Г.И., Габбасова Э.Р., Киреева Д.С. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В АСПЕКТЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ И ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург	113
Дереча Г.И.¹, Дереча В.А.¹, Карпец В.В.² ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ В АСПЕКТЕ ПРОАДДИКТИВНОГО И АДДИКТИВНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТИ ¹ ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург ² ГБУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер», г. Оренбург	114
Джангильдин Ю.Т. КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕНОМЕНА СТРАДАНИЯ ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», г. Москва	115
Днов К.В., Рутковская Н.Н. ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ПОСТСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург	115
Добаева Н.В., Кибрик Н.Д. ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ ПРИ НАЛИЧИИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	116
Добряков И.В. ТИПИЧНЫЕ НЕДОСТАТКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург	117

Дозорцева Е.Г., Клименко Л.Д., Портнова А.А., Серебровская О.В. ВОПРОСЫ О ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ РЕШЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЗАДАЧ ПСИХИАТРИИ ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ г. Москвы; ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	117
Должанская Н.А., Корень С.В., Бузина Т.С. ПОДГОТОВКА ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	118
Друзь В.Ф.,¹ Олейникова И.Н.,² Гербей П.С.¹ АДАПТАЦИЯ В ОБЩЕСТВЕ ОДИНОКИХ ПОЖИЛЫХ – БОЛЬНЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА И ПАЦИЕНТОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ¹ ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург, ² ГБУЗ Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, г. Оренбург	119
Дубатова И.В., Никонова Н.В. ФОРМИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ПСИХИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ РОДСТВЕННИКОВ ВПЕРВЫЕ ЗАБОЛЕВШИХ ПАЦИЕНТОВ ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Аксацкий филиал психоневрологического диспансера, г. Ростов-на-Дону	120
Дубашинская Е.О., Фастовцов Г.А. ПОДХОДЫ К СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ РЕМИССИЙ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	120
Дубицкая Е.А., Богданов А.К. ПОРЯДОК ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер», г. Самара	121
Дудко Т.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	122
Дюрягина Т.А.¹ Сергеев В.А.² КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С КОСМЕТИЧЕСКОЙ МАММОПЛАСТИКОЙ И ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ¹ ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1», г. Челябинск, ² ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск	123
Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф. ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН: СТАТИСТИКА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	124
Егорова Т.И. НАЗНАЧЕНИЕ ПСИХО-НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ О ПРЕСТУПЛЕНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С НАРКОТИКАМИ ФКОУ ВО «Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний», г. Рязань	124

Егорова П.Л.¹, Портнова А.А.² ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАЩИХСЯ СРЕДНЕСПЕЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	
¹ ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново	
² ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	125
Егорочкина Ю.В., Хрящев А.В., Тарханов В.С. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ GERONТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань	126
Еникеев А.Р., Ермакова Л.В., Захарова Г.Г., Афзалетдинова Д.Х. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБВИНЯЕМЫХ В АГРЕССИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	127
Ермакова Л.В., Кунафина Е.Р., Еникеев А.Р. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа;	
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	128
Жарова Е.Н., Макушкина О.А. ВЫБОР ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	129
Жиляева Т.В.¹, Сергеева А.В.¹, Благоднравова А.С.¹, Сучков Ю.А.², Тришкова Е.Б.³, Шамин В.В.², Смирнова А.Г.², Татанова Д.С.², Константинова В.В.³ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРФИЗМОМ МТНFR677C>T	
¹ ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, ² ГБУЗ Клиническая психиатрическая больница № 1, г. Нижний Новгород,	129
³ ГБУЗ НО «Нижегородская областная психиатрическая больница № 3», г. Нижний Новгород	
Загатина Ю.В., Федина Г.А., Панюкова И.А., Рыбакова М.А. МЕЖГЕНДЕРНОЕ ОБЩЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КАК РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ФАКТОР	
ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 ДЗ г. Москвы», ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, г. Москва,	130
ПАО "Фармстандарт", г. Москва	
Зайнуллина А.Г.^{1,2}, Зайнуллин И.А.² Ахмерова И.Ю.³, Марфина Н.А.⁴, Кунафина Е.Р.⁴, Валинуров Р.Г.^{3,4}, Хуснутдинова Э.К.¹ РОЛЬ ГЕНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАЛИЗАЦИИ СТРЕСС - РЕАКЦИИ, В РАЗВИТИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	
¹ ФГБУ «Институт биохимии и генетики» Уфимского научного центра РАН, г. Уфа	
² Региональная общественная организация «Новое поколение» Республики Башкортостан, г. Уфа,	
³ ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	
⁴ ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа	131

Зайцева Е.А., Фастовцов Г.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА	132
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Зайцева О.Г., Куликова В.В., Алимова А.Ф. ВЛИЯНИЕ ДЕТСКОГО ПЕРФЕКЦИОНИЗМА НА ФОРМИРОВАНИЕ ШКОЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ	132
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар	
Зальмунин К.Ю. СРАВНЕНИЕ ПРОФИЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЗАВИСИМОСТЕЙ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ПОДХОД В АДДИКТОЛОГИИ	133
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», г. Казань	
Залялетдинов Т.С., Мубаракшин Э.Н. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАЛМЕФЕНА В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ И ПОЛИНАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ	134
Группа медицинских центров «Эра», г. Казань	
Запороженко Д.С., Туровская Н.Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АБСТРАКТНО-СМЫСЛОВОГО КОМПОНЕНТА МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	135
ФГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград	
Захаров Н.Б. ДИНАМИКА СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРЕ БОЛЕЕ ГОДА	136
ГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева», г. Киров	
Захарова Г.Г., Валинуров Р.Г., Ермакова Л.В., Еникеев А.Р., Салахов А.И., Афзалетдинова Д.Х. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБВИНЯЕМЫХ В СЕКСУАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ, СОВЕРШЕННЫХ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	136
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	
Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В. МОДЕЛЬ ОДНОКАНАЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	137
ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань	
Зиновьев С.В., Тявокина Е.Ю., Ножка М.Н., Костенецкая В.А. ФАКТОРЫ ПРЕМОРБИДНОГО РИСКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ	138
ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург	
Зинчук М.С., Галкина И.В., Герсамия А.Г., Акжигитов Р.Г. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПАЦИЕНТА	139
ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» ДЗ г. Москвы	
Золотова А.Н., Ермаков С.Е. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ – ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	140
ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» Минздрава Краснодарского края, Новороссийский филиал, г. Новороссийск	
Зубарева О. В., Дикая Т. И., Краля А. А. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БРУТАЛЬНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЯХ	140
ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского», г. Москва	

Зулкарнеева З.Р., Гафарова Р.Р. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ	
ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань	141
Иванец Н.Н., Борисова Е.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ РЕШЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	142
Иванова Г. А., Исаева Е. Р., Иванова О.Н. ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СТИГМАТИЗАЦИИ	
ГБУЗ «Введенская городская клиническая больница», г. Санкт-Петербург; ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России	143
Ивашиненко Д.М. АГРЕССИВНОСТЬ И АДАПТАВНОСТЬ В ЮНОШЕСКОЙ СРЕДЕ	144
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г. Тула Игумнов С.А.¹, Козырева А.В.¹, Жердева М.А.¹, Лапанов П.С.²	
КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ	
¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва;	144
² УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь	
Идрисов К.А. ДИНАМИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ	
ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет», Медицинский институт, г. Грозный	145
Идрисов Х.К., Идрисов К.А. ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ АГРЕССИВНОСТИ РИСУНОЧНЫМИ МЕТОДАМИ	
ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет», Медицинский институт, г. Грозный	146
Ильчишина К.И., Посвянская А.Д. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	146
Илюшина Е.А. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБВИНЯЕМЫХ СО СВЕРХЦЕННЫМИ СОСТОЯНИЯМИ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	147
Ипатова К.А. ПРОБЛЕМЫ СТИГМАТИЗАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПЕРВЫХ ЭТАПАХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ	
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург	148
Казаковцев Б.А. МОДУЛЬНОСТЬ КАК ПРИНЦИП ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	149

Кекелидзе З.И., Данилова С.В., Панченко Е.А., Парпара М.А. ПОДГОТОВКА КАДРОВ В ОРДИНАТУРЕ И АСПИРАНТУРЕ С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА	157
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Кибитов А.О. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ: РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ	158
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	
Кибрик Н.Д. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ	159
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	
Киржанова В.В., Григорова Н.И. ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	160
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	
Клименко Т.В., Козлов А.А. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ	161
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Клименкова Е.Н.¹, Холмогорова А.Б.² СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ СПОСОБНОСТИ К ЭМПАТИИ У МОЛОДЕЖИ	162
¹ ГБОУ ВПО Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва	
² ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Кобзева Л.С.¹, Ерзин А.И.² О РОЛИ ПРОАКТИВНОЙ ЛИЧНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ	162
¹ ООО Центр социальной адаптации «Надежда», г. Тольятти,	
² ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург	
Ковалева Т.А.², Куприянова И.Е.¹, Чуйкова К.И.², Спивак С.В.² ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С	163
¹ ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», г. Томск,	
² ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск	
Ковшова О. С., Калашникова В.В. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ	164
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара	
Козлов А.А., Клименко Т.В. ОРГАНИЗАЦИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	165
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Коломиец В.М., Коноркина Е.А., Яшина К.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	166
ФКУ «Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России, г. Орел,	
СПб ГУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7», г. Санкт-Петербург	

Колотилин Г.Ф., Козлова О.Г. ФОРМИРОВАНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ЧАСТИЧНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», г. Хабаровск, КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница» г. Хабаровск	167
Колпаков Я.В. ПЕРЕЖИВАНИЕ ЧУВСТВА СОЦИАЛЬНОГО ОДИНОЧЕСТВА И СОВЛАДАНИЕ С НИМ У ЖЕНЩИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	168
Колчанова Т.Г., Сахаров А.В., Ступина О.П. РАЗВИТИЕ ПОМОЩИ ПРИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», г. Чита, ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Чита	168
Кондрашова С.С., Захарова Г.Г., Валинуров Р.Г., Еникеев А.Р. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СОТРУДНИКОВ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ РКПБ № 1 МЗ РБ ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	169
Конина М.А., Холмогорова А.Б. НЕОГРАНИЧЕННОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ г. Москвы ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	170
Коновалова О.Ю., Бойко Е.О., Сурикова В.В., Шейх-Заде В.Ф. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Краснодар	171
Коноркина Е.А., Басинская И.А., Коломиец В.М. ЧАСТОТА ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БЫВШИХ ПАЦИЕНТОВ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ФКУ «Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России, г. Орел	172
Корень Е.В., Куприянова Т.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	173
Корзун Д.Н. ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ОБВИНЯЕМЫХ САМОСТОЯТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ СВОЕ ПРАВО НА ЗАЩИТУ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	174
Корнеева Е.Г., Тарханов В.С. ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань	174
Корнетов Н.А. НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕПРЕССИЙ И СУИЦИДОВ ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет», г. Томск	175

Корнилова С.В., Лаврущик М.В. К ВОПРОСУ ОБ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	176
Королева Е.В. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСДЕЛКОСПОСОБНОСТИ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	177
Короткевич Т.В., Кралько А.А. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь	177
Косенко В.Г., Косенко Н.А., Агеев М.И., Шулькин Л.М. О КАДРОВОМ ПОДБОРЕ СПЕЦИАЛИСТОВ НА КАФЕДРЕ ФПК И ППС ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар	178
Косенко Н.А., Ломакина, С.А., Фарафонов Г.В., Шулькин Л.М., Агеев М.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ОРДИНАТУРА НА КАФЕДРЕ ФПК И ППС КАК ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар	179
Кочеров С.В., Шиланкова С.О. О ВОЗМОЖНОЙ РОЛИ ДИССОЦИАТИВНЫХ МЕХАНИЗМОВ В ФОРМИРОВАНИИ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново	179
Кралько А.А., Петров В.И. ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА С ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь, УО «Могилевский государственный университет им. А.А. Кулешова», г. Могилев, Республика Беларусь	180
Краснов В.Н., Крюков В.В., Емельянова И.Н., Самедова Э.Ф., Рыжова И.А. ДОЛГОВРЕМЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ (НА ПРИМЕРЕ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС) ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	181
Кремко А.А. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОМАНИЙ И ПРОТИВОПРАВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», г. Гродно, Беларусь	182
Криворучко Ю.Д., Алешина Е.В. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ, СОВЕРШИВШИХ УБИЙСТВА ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	183
Круглов Л.С. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ПОДХОДАХ К ТЕРАПИИ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург	184

Крупницкий Е.М., Тюсова О.В., Блохина Е.А., Бушара Н.М.	
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ ЛИНК ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ: КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ, ОСНОВАННЫЙ НА СИЛЬНЫХ СТОРОНАХ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА	
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,	
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург	184
Крутых Е.Г., Некрасов М.А., Басинская И.А.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ	
ФКУ «Орловская психиатрическая больница специального типа с интенсивным наблюдением»,	185
ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева», г. Орёл	
Кузеева И.Р.	
ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ВО ВРЕМЯ ВОЙН, ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ И СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ	
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	186
Кузнер А. В., Клименко Т.В., Дмитриев А.С.	
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	187
Куклина А.М., Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В.	
РЕАБИЛИТАЦИЯ ТВОРЧЕСТВОМ КАК ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
ГБУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань	188
Кулагина Н.Е.	
ОСТРЫЕ И ПОДОСТРЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	188
Куликова О.С.	
ОСОБЕННОСТИ ФРУСТРАЦИОННОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ	
ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	189
Кунафина Е.Р.	
ПРОБЛЕМА ЖЕСТОКОСТИ И НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ПОЖИЛЫХ ЛИЦ	
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа	190
Куприянова Т.А., Корень Е.В.	
СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ТЕРАПИИ ПАНТОГАМОМ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	191
Куприянова И.Е., Ротова И.А., Лисовская М.Я.	
УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ	
ФГБНУ «Научно-исследовательский центр психического здоровья», г. Томск	192

Курамшина З.А., Кунафина Е.Р.	
НАЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа,	193
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа	
Курылев А.А.^{1,2}, Бродянский В.М.³, Чупрова Н.А.³, Кибитов А.О.³, Андреев Б.В.^{1,4}	
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ: ПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ДОФАМИНОВОГО РЕЦЕПТОРА ТИП 2 (DRD2)	
¹ СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко»,	
² ГБУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург,	
³ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,	194
⁴ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» г. Санкт-Петербург	
Кутушева Р.Р., Гумерова Р.Б.	
ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	194
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет», г. Уфа	
Кучерявая В.И., Цыба И.В.	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ПРОЖИВАНИЯ В ЗОНЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ	195
Республиканский наркологический центр, Донецкая Народная Республика, г. Донецк	
Лазебник А.И.	
СУИЦИДАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ЖЕНЩИН В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	
БУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница» Минздрава Удмуртской Республики, г. Ижевск	196
Ландышев М. А., Петров Д. С., Минаева Н.А.	
ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
ФГБУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», г. Рязань	197
Латыпова Л.Я., Латыпова Л.Ф., Мустафина Ф.Р.	
РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ И ПУТИ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ	
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	198
Левина Н.Б.¹, Любов Е.Б.², Куликов А.Н.^{1 2}	
О БРЕМЕНИ СЕМЬИ ДУШЕВНОБОЛЬНОГО	
¹ Общероссийская общественная организация инвалидов «Новые возможности»,	
² ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	198
Литвинков Н.П., Дудко Т.Н., Папырин В.Д., Адамова Т.В., Коротина О.В.	
ОПТИМИЗАЦИЯ ГЕРОНТОНАРКОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В НАРКОЛОГИИ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	199
Лобачев А.В.	
ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	200
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург	
Ложникова Л.Е., Сурикова В.В., Кириакова Э.Н.	
КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ЛЁГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ	201
ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Краснодар	

Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Петрова Ю.И., Вид В.Д. ВЫРАЖЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СТИГМЫ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ	202
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург	
Лыткин В.М., Нечипоренко В.В., Баурова Н.Н. АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БОЕВЫХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ	203
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург	
Любов Е.Б. ГРУППЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД	204
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	
Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е. ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДОВ У ПОДРОСТКОВ	204
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва	
К ПРОБЛЕМЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ Мазаненко О.М.	205
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет», г. Уфа	
Макаренко С.Л., Гурьянова Т.В., Зиганшин Ф.Г. СИСТЕМНОСТЬ И МНОГОПРОФИЛЬНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ	206
ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева» Минздрава Республики Татарстан; ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань	
Макаров А.В., Мирошниченко Е.Л. ТЕСТИРОВАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ: СОЦИАЛЬНЫЙ ЗАКАЗ	207
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	
Макарова Т.Е. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВОЗРАСТНЫХ ГРАНИЦАХ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ	208
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Максимчук В.П., Зиматкина О.С. ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	209
ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь	
Макушкин Е.В., Данилова С.В., Панченко Е.А., Бородин В.И. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ	209
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Макушкина О.А. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ	210
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Макушкина О.А., Муганцева Л.А. ОЦЕНКА РИСКА ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ – КОМПЛЕКСНЫЙ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ И МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД	211
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	

Малыгин В. Л., Меркурьева Ю.А., Искандирова А.С., Пахтусова Е.Е БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ	211
ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва	
Малыгин В.Л.¹ Исаев Р.Н.³, Кутукова Е.А.¹, Бродянский В.М.², Кибитов А.О.² ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	212
¹ ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, ² ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, ³ «Клиника доктора Исаева» г. Москва	
Малютина Ю.А. ПСИХОГИГИЕНА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	213
ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	
Мартынова А.А. ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ОСУЖДЕННЫХ С ПЕРВОЙ СУДИМОСТЬЮ ПО КОРЫСТНЫМ ПРЕСТУПЛЕНИЯМ	214
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», г. Санкт-Петербург	
Марфина Н.А., Валинуров Р.Г., Кунафина Е.Р., Захарова Г.Г. К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ	215
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, ГБУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница №1» Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	
Мацевич М.А. ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ	215
ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	
Машкова И.Ю. ПЕРСПЕКТИВЫ СОТРУДНИЧЕСТВА ГОСУДАРСТВА И ЦЕРКВИ В РАЗВИТИИ СИСТЕМЫ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ	216
ФГБОУ ВПО «Смоленский государственный университет», г. Смоленск	
Медведева Ю.И., Курасов Е.С. ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ПОДТИПОВ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН	217
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург	
Менделевич В.Д. СОВРЕМЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ НАРКОЛОГИЯ: ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА О НЕОБХОДИМОСТИ СМЕНЫ ПАРАДИГМЫ ТЕРАПИИ	218
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань	
Мещеряков А.Ф., Арзуманов Ю.Л., Лапин И.А. АНАЛИЗ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА, КАК СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА	219
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	
Миняйчева М.В., Кисельникова К.Г., Папсуев О.О. НАБОР МЕТОДИК ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	219
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	

Митихин В.Г., Солохина Т.А., Алиева Л.М. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ РОДСТВЕННИКОВ К ФАРМАКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ	220
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва	
Михайлова Н.М., Гаврилова С.И. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	221
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва	
Михайлова Е.Б., Кучаева А.В. РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ	222
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Казань	
Михалевская О.В., Бедина И.А., Баева А.С., Цекин В.П., Грозовская М.С., Алкеева-Костычева Е.А. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У РОДСТВЕННИКОВ ПОГИБШИХ В АВИАКАТАСТРОФЕ САМОЛЕТА А-321	223
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Моисеев И.А., Федина Г.А. О ПОРЯДКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ИНФОРМАЦИИ, СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ	224
ННО «Адвокатская палата г. Москвы», ПАО «Фармстандарт», г. Москва	
Моллаева Н.Р., Алиев М.А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН	224
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Махачкала;	
ГКУ РД «Республиканский психоневрологический диспансер», г. Махачкала Мороз Е.В., Кучер Н.Ю., Шарапа К.А., Солдатенко А.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА НА ФОНЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	225
ГБУЗ РК «Клиническая психиатрическая больница № 5», Крым, Симферопольский р-н, с. Строгоновка	
Москвитин П.Н. ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ	226
ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, г. Новосибирск, ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России, г. Новокузнецк	
Муталова Г.И., Юлдашев В.Л., Альмухаметова Г.И. СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЦНС	227
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, ООО Медицинский центр «МЕГИ», г. Уфа	
Мутных Е.М., Бобров А.Е., Краснослободцева Л.А. ДИНАМИКА КОГНИТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИПСИХОТИКАМИ	228
ГБОУ ВПО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва.	
Мыльникова Ю.А., Кольтяпин Р.А., Сидельников В.М. РОЛЬ СЕМЬИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	228
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар	

Наров М.Ю. НЕГОСУДАРСТВЕННАЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА – ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск;	229
Надеждин А.В. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	229
Незнанов Н.Г.^{1,2}, Михайлов В.А.¹, Дружинин А.К.¹, Киссин М.Я.², Бочаров В.В.¹, Липатова Л.В.¹ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, ² ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург	230
Некрасов М.А., Крутых Е.Г. ОТНОШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ К ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВУ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева», г. Орел	231
Немцов А.В.¹, Шельгин К.В.² САМОУБИЙСТВА И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В РОССИИ В 1959-2014 ГОДАХ ¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва; ² ГБОУ ВПР «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск	232
Ненастьева А.Ю.^{1,2}, Винникова М.А.², Кибитов А.О.¹, Адамян В.А.¹ ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва; ² ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва	232
Нечкина Е.Е., Мыльникова Ю.А., Переудина А.А. ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У УЧАЩИХСЯ 10-11 КЛАССОВ ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар	233
Николаева А. В. ФАКТОРЫ ПРОВОКАЦИИ И ПОДДЕРЖАНИЯ ПРОЦЕССА НАРКОТИЗАЦИИ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург	234
Николаевская А.О. ДИАГНОСТИКА СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАМКАХ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск	235
Новохацки А.В, Изаровский Б.В., Непомнящий Н.Н. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный университет», ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», г. Челябинск	235
Норматова К.Ю., Абдуллаева В.К. РОДИТЕЛЬСКОЕ ОТНОШЕНИЕ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан	236

Носатовский И.А., Рогачева Т.А. ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПАРАДИГМ «ЛЕЧЕНИЯ» И «РЕАБИЛИТАЦИИ» ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	237
Носачев Г.Н. РОЛЬ И МЕСТО НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ В ЭКСПЕРТИЗЕ СДЕЛКОСПОСОБНОСТИ ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Специализированный консультативно-диагностический центр, г. Самара	238
Нуртдинов М.А. О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОМАНИИ В СРЕДЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа	239
Овсянников С.А.¹, Лебедева Т.В.² СПЕЦИФИКА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОГРАНИЧНОМУ КОНТИНГЕНТУ БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИИ ОТКРЫТОГО ТИПА (С УЧЁТОМ СТЕПЕНИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА) ¹ ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России; ² ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» ДЗ г. Москвы	240
Овчинникова Е.А. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	240
Орлова А.А. КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДИССИМУЛЯТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	241
Осипчик С.И., Григорьева И.В., Кралько А.А. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь	242
Осколкова С.Н. СИМУЛЯЦИЯ КАК ФАКТОР ЗАТРУДНЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	243
Павлов Г.А. ОСОБЕННОСТИ ВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ПЕДОФИЛИЕЙ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	244
Палаткин В.Я.¹, Блохина Е.А.¹, Кибитов А.О.³, Бродянский В.М.³, Вербицкая Е.В.¹, Гриненко А.Я.¹, Сулимов Г.Ю.³, Крупицкий Е.М.^{1,2}, Звартау Э.Э.¹ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ КОМБИНАЦИЕЙ НАЛТРЕКСОНА И ГУАНФАЦИНА ¹ ГБОУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, ² ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, ³ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского», г. Москва	245

Панюкова И.А., Федина Г. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ СЕКСУАЛЬНЫХ И СУПРУЖЕСКИХ ДИСГАРМОНИЯХ. ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», г. Москва, ПАО «Фармстандарт», г. Москва	246
Парамонов А.А., Богданов А.Б., Амосов В.А. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В РОССИИ ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница», ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университета» Минздрава России, г. Архангельск	247
Парпара М.А.¹, Бобров А.Е.¹, Старостина Е.Г.² СКРИНИНГ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ ¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, ² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва	247
Парфенова Д.А.¹, Портнова А.Г.² КОГНИТИВНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ¹ ГБУ СОН «Комплексный центр социального обслуживания населения» Калининского района, г. Санкт-Петербург, ² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург	248
Паршина К.В., Тарханов В.С. СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ НОРМЫ В СИСТЕМЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань	249
Пережогин Л.О. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ СРЕДСТВ ДОСТУПА К НЕМУ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	250
Перехов А.Я. ЭТИКА САМОУБИЙСТВ И ЭФТАНАЗИИ В ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону	251
Пермякова О.А., Махмудова А.А., Лактионова Е.А. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа	252
Петракова А.В., Хрящев А.В., Ягупова Н.Х. ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань	252
Петров А.А., Нелаев М.В., Нелаева И.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ Г. ИРКУТСКА АНО «Иркутский научно-практический центр медицинской и социальной реабилитации населения», ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Иркутск	253

Петрова Н.Н., Воинкова Е.Е. ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ	254
ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург	
Петрунько О.В. ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА: ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ	255
ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, г. Иркутск, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области» Министерства труда и социальной защиты России, г. Иркутск	
Погосов А.В., Богушевская Ю.В. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД (МЕДИЦИНСКИЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ, СОЦИАЛЬНЫЙ) К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	256
ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск	
Погосова И.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМИ ТРЕВОЖНЫМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	257
ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск	
Полесская М.М. СОБЛЮДЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	258
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	
Полищук Ю.И. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ	259
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	
Положая З.Б. ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ЕЕ РОЛЬ В УКРЕПЛЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	260
Профессиональная психотерапевтическая лига, г. Москва	
Положий Б.С., Фритлинский В.С. СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В НОВЕЙШЕЙ ИСТОРИИ РОССИИ	260
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Поляева А.А., Ковшова О.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ТЕРАПИИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	261
ГБУЗ «Самарский областной наркологический диспансер», г. Самара, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара	
Потемкин Б.Е. МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ СЛОЖНОСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	262
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург	
Посвянская А.Д., Вернекина Н.С. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА НА ТЯЖЕСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	263
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	

Правило Е.С.	
ПРИНЦИПЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ	
ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный университет» (национальный исследовательский университет), г. Челябинск, МБУ СО «Социально-реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Здоровье», г. Челябинск	264
Прибытков А.А.¹, Белоусов В.И.²	
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПОВСЕДНЕВНАЯ ПРАКТИКА	
¹ ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, г. Пенза	264
² ГБУЗ Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова, г. Пенза	
Прилуцкая М.В., Кулиев Р.С., Молчанов С.Н.	
ПОСТАБИТИВНОЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОЛИЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ И СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ	265
Государственный Медицинский Университет Города Семей, Республика Казахстан	
Приятель В.А.	
О ВОЗМОЖНЫХ ЮРИДИЧЕСКИХ КОЛЛИЗИЯХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НОВОГО ПОРЯДКА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В НАРКОЛОГИИ	266
ФГБУЗ «Центральная психиатрическая больница» ФМБА России, г. Электросталь	
Прокопенко Ю.П., Кибрик Н.Д.	
ПОЗДНИЕ ЭТАПЫ ПСИХО-СЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ КАК ПРЕДИКТОР ЗРЕЛОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ	267
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	
Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Лодягин А.Н.	
АДДИКТИВНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЛИЦ СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ	268
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург	
Пронина М.Ю., Яхин М.И.	
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ОСУЖДЕННЫХ	269
ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	
Пугачева М.И.	
РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРА В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	269
МБУЗ Станция скорой медицинской помощи, г. Уфа	
Распопова Н.И.	
ВЛИЯНИЕ ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	270
Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан	
Решетникова А.В., Тарханов В.С., Тарханов Д.В.	
ПРИЧИНЫ ОТКАЗОВ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР	271
ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань	
Родяшин Е.В.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	272
ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень	
Романова Е.В.	
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ И САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ	273
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ г. Москвы	

Рутковская Н.С. ОККУЛЬТНЫЕ УВЛЕЧЕНИЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЛИГИОЗНОСТЬ КАК ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	274
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург	
Рыбакова Л.Н. «СПАЙСЫ» И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ	275
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	
Рыбакова Т.В., Филимонова Е.Н., Бубнов А.А. ОЦЕНКА ПРОТИВОПРАВНЫХ ДЕЙСТВИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОХОДИВШИХ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	275
ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова», г. Пенза	
Рычкова О.В.¹, Агибалова Т.В.^{1,2}, Козин В.А.² СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	276
¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии,	
² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва	
Савина О.Ф., Морозова М.В. ПРОБЛЕМА МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА КОМПЛЕКСНОГО ЭКСПЕРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ РАКУРС	277
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Саидхонова Ф.А., Бабарахимова С.Б. ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН	278
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан	
Сафуанов Ф.С. МНОГОМЕРНАЯ ЭКСПЕРТНАЯ ДИАГНОСТИКА УГОЛОВНО-РЕЛЕВАНТНОГО АФФЕКТА	279
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им.В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Колчанова Т.Г. РЕГИСТРАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ	280
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, ГКУЗ Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, г. Чита	
Семакова Е.В. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ	280
ФГБОУ ВПО «Смоленский государственный университет», г. Смоленск	
Семенова Н.Д., Гурович И.Я. МОТИВИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СИСТЕМЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	281
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	
Семенова С.В. КОГНИТИВНЫЕ ИСКАЖЕНИЯ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	281
ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт культуры», г. Санкт-Петербург	
Серебровская О.В., Портнова А.А., Дозорцева Е.Г., Смирнов И.И., Усачева Е.Л. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА БАЗЕ ЕДИНОГО ЦЕНТРА ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ	282
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ г. Москвы,	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	

- Синеуцкая Е.О., Володин Б.Ю.**
КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, РАБОТАЮЩИХ В АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ
 ФГБУЗ «Центральная психиатрическая больница» ФМБА России, г. Электросталь, ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Рязань 283
- Скобло Г.В., Трушкина С.В.**
РАБОТА С СЕМЬЕЙ КАК ОСНОВА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ
 ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва 284
- Смирнов О.Р.**
ПРИНЦИПЫ И СТРУКТУРА ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ
 ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва 285
- Собиров Ж.А., Абдуллаева В.К.**
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕТСКОГО АУТИЗМА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
 Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан 286
- Соколова Н.Н., Хрящев А.В., Тарханов В.С., Денисова Е.А.**
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ
 ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань 286
- Солдаткин В.А., Перехов А.Я.**
СОТРУДНИЧЕСТВО ПСИХИАТРОВ И СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ: ОБРАЗОВАНИЕ ДЛЯ ЖУРНАЛИСТОВ
 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону 287
- Соколов Е.Ю., Магурдумова Л.Г.**
СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ (СЭВ) У СОТРУДНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ г. МОСКВЫ
 Московский научно-практический центр наркологии ДЗ г. Москвы, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ психиатрии, г. Москва 288
- Соловьева С.Л.**
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХИАТРА И КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
 ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург 289
- Солохина Т.А.**
ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ: ВКЛАД В ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТОЙНОЙ ЖИЗНИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПОМОЩИ
 ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва 290
- Сперанская О.И., Смирнов В.К.**
ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТМЕНЕ КУРЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва 290
- Станько Э.П.², Игумнов С.А.¹**
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
¹ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва, 291
²УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь

Станько Э.П. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ПОТРЕБИТЕЛЯМИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ	291
УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь	
Старинская Е.О., Корнетов Н.А. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ШИЗОФРЕНИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ	292
ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томская клиническая психиатрическая больница, г. Томск	
Ступина О.П., Снигуряк Т.В. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ	293
ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», г. Чита	
Стус Е.А., Тарханов В.С., Андреева И.В. ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИИ НА РАННИХ СТАДИЯХ	294
ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань	
Сулейманова З.З., Хакимова Р.Р., Утегенова Д.М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БРИГАДНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ	295
ГБУЗ Республиканская психиатрическая больница № 2 Минздрава Республики Башкортостан	
Сулимков Г.В. ОПЫТ РАБОТЫ ПЕРЕДВИЖНОГО ПУНКТА МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ПРИ ПОЛИКЛИНИКЕ УФСН ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	296
ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер Минздрава Республики Татарстан», г. Казань	
Султанова К.Б., Абдуллаева В.К. ОСОБЕННОСТИ ТИПОВ ВОСПИТАНИЯ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	296
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан	
Тарасова Г.В., Вандыш-Бубко В.В. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)	297
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	
Тарханов В.С., Шишкина А.Л., Тарханов Д.В. АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР	298
ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань	
Тер-Израелян А.Ю., Ахмерова С.Г., Панюкова И.А., Коровяков А.В., М.Е.Суетин, Федин Э.Е. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ, СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	299
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, г. Москва, ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения г. Москвы»	
Тетенва Е.Ю. ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРНЕТ-КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРКОТИКОВ	299
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, Москва	

Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М. НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	300
ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа Токарева Н.Г.	
О НЕКОТОРЫХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТАХ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ	301
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск Тукаев Р.Д.	
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОДЕЛИ МИРА МАССОВОГО СОЗНАНИЯ В СВЕТЕ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ	302
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва Туктарова С.У., Хуснутдинова Э.К.	
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДАННЫХ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ ПРИ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫХ ФОРМАХ ЦЕРЕБРАЛЬНО-АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ	303
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа, Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН, г. Уфа Тулбаева Н.Р., Кунафина Е.Р.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ УГРОЗЕ ТЕРАКТОВ	303
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа Ульяновская Т.Н.	
АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ АЛКОГОЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ГЕСТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД	304
ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск Усачева Е.Л.¹, Панкова О.Ф.², Смирнов И.И.¹, Серебровская О.В.¹, Буромская Н.И.¹	
СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ	305
¹ ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ г. Москвы, ² ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва Усюкина М.В., Харитonenкова Е.Ю.	
ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ДАВАТЬ ПОКАЗАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	306
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва Фалалеева О.И., Фалалеев В.В.	
РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ	307
БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница», г. Вологда Фанталова Е.Б.	
ДИАГНОСТИКА ВНУТРЕННИХ КОНФЛИКТОВ И ВНУТРЕННИХ ВАКУУМОВ В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	308
ГБОУ ВПО г. Москвы «Московский городской психолого-педагогический университет»	

Фастовцов Г.А., Осколкова С.Н. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПЕНИТЕНЦИАРНЫМ СТРЕССОМ	308
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва Федин Э.Е., Ахмерова С.Г., Тер-Израелян А.Ю., Панюкова И.А., Коровяков А.В. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА КАК ОБЪЕКТ НАСЛЕДСТВЕННОГО ПРАВА	
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, г. Москва,	309
ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения г. Москвы» Филиппов В.Л., Рембовский В.Р., Филиппова Ю.В. СИСТЕМА ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ В СОХРАНЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ	310
ФГУП «НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека» ФАНО, г. Санкт-Петербург Фомин А.А., Соколов Е.Ю. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭНЕРГОСОХРАННОСТЬ – СТИМУЛ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СОТРУДНИКОВ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ПРОФЕССИИ	
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал - НИИ психиатрии, г. Москва	311
Фролова Ю.И., Петрова Л.А. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ НАРКОТИКИ	
КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул, ФГБОУ ВПО «Алтайский Государственный Университет», г. Барнаул Хамитов Р.Р.¹, Качаева М.А.², Афзалетдинова Д.Х.³ ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И МЕХАНИЗМОВ НАСИЛЬСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ШИЗОФРЕНИЕЙ	312
¹ ФКУ «Казанская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России, г. Казань ² ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва ³ ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	313
Ханько А.В. ТРЕНИНГ КОГНИТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ	314
СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 имени П.П. Кащенко», г. Санкт-Петербург Холдин В.Н.¹, Корчагина Г.А.² ОЦЕНКА МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕЛЕГАЛЬНОГО АЛКОГОЛЯ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНОЙ НАРКОЛОГИИ	
¹ ГАУЗ МО «Клинский наркологический диспансер», г. Клин, ² ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	315
Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., Москачева М.А., Царенко Д.М. НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА КАК МИШЕНЬ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	316

Хох И.Р. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ	317
ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	
Хрущ А.И. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	317
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва	
Хрящёв А.В., Тарханов В.С., Тарханов Д.В. КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИКРИЗИСНОЙ (СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ) СЛУЖБЫ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	318
ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань	
Худяков А.В., Сурина А.Е., Урсу А.В. СУПЕРВИЗИЯ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ИНТЕРНОВ И ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ НА ЦИКЛЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ	319
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново	
Уткин С.И., Деревлев Н.Н., Литвинская И.И. ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ	320
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	
Целинский Б.П. О РЕГИОНАЛЬНОМ АНТИНАРКОТИЧЕСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ	320
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	
Цупрун В.Е. О СУИЦИДАЛЬНОМ И АГРЕССИВНОМ ПОВЕДЕНИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ	321
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	
Чалая Е.Б.¹, Будза В.Г.¹, Чалый В.А.¹, Чалая И.В.² КЛИНИКО-ВОЗРАСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ	322
¹ ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, ² Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, г. Оренбург	
Чекалова А.В., Тарханов В.С., Маркаръян С.Г. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ ФОРМ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	323
ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань	
Чеперин А.И., Богачев М.А., Одарченко С.С., Белецкая С.А. ТЕНДЕНЦИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ	323
БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им Н.Н. Солодникова», г. Омск	
Четверкина Е. Д. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ	324
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» г. Санкт-Петербург	

Чубаровский В.В., Лабутьева И.С.	
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА	
ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, г. Москва, ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва	325
Чуканова Е.К., Шмуклер А. Б.	
КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	326
Шабанов С.А., Пономарев С.Н.	
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	
БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница», г. Вологда	326
Шалимов В.Ф., Казаковцев Б.А.	
СИСТЕМНЫЕ РИСКИ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	327
Шамрей В.К., Железняк И.С., Тарумов Д.А., Евдакова И.А., Якуша Д.Н.	
МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ	
Военно-медицинская академия им.С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург	328
Шибяев П.В.	
ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СОТРУДНИКОВ ОВД	
ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск	329
Шигапова В.И., Ягубов М.И.	
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ЖЕНЩИН С ОРГАЗМИЧЕСКИМИ ДИСФУНКЦИЯМИ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва	330
Шигашев Д.Ю., Яковенко В.В., Горьковская И.А.	
СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, ГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», г. Санкт-Петербург	330
Шкитырь Е.Ю., Александрова Н.А.	
АУТОДЕСТРУКТИВНЫЕ ПАТТЕРНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва	331
Штаньков С.И., Харитонов Е.В.	
ПУТИ РАЗВИТИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМ ПАЦИЕНТАМ	
ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж	332
Шулина И.Н., Валинуров Р.Г., Захарова Г.Г., Колкан Н.Н., Айрапетова О.В.	
ОГРАНИЧЕННАЯ ДЕЕСПОСОБНОСТЬ (СТ. 30 ГК РФ)	
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	333

Шулькин Л.М. , Ломакина Г.В, Косенко В.Г., Косенко Н.А., Агеев М.И. ПРЯМЫЕ И КОСВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АЛКОГОЛИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРАСНОДАРА	334
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар	
Шустов Д.И. ДВА ТИПА ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО ИЗМЕНЕНИЯ В РАМКАХ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ АДДИКТИВНОГО ПАЦИЕНТА	334
ГБОУ «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Рязань	
Югансон А.А. ФАКТОРЫ РИСКА НАРКОМАНИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ	335
ГБУЗ РБ «Кигинская центральная районная больница», г. Верхние Киги	
Юлдашев В.Л., Тимербулатов И.Ф., Бакиров Л.Р., Ахмадеев Р.Р., Калимуллина Д.Х. ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ И НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ, ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРОМ	336
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа	
Юсупова Г.Р. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОТСТАВЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	336
ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа	
Ястребова В.В., Митихин В.Г., Солохина Т.А. ФАКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	337
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва	
Яковлев А.Н.², Кибитов А.О.¹, Бродянский В.М.¹, Чупрова Н.А.¹, Щурина А.В.¹, Ромашкин Р.А.¹, Пашкевич Н.В.², Пажитных Д.В.², Ткачев А.А.², Витчинкина В.И.², Коростин М.И.²	
ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ	
¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	338
² ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер»	
Ялтонская А.В., Колпаков Я.В. УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ЖЕНЩИНАМИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ	339
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	
Ялтонский В.М.¹, Колпаков Я.В.² МОТИВАЦИЯ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММАХ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
¹ ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России,	
² ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва	340
Ясникова Е.Е., Рыбалко В.О. СТАДИИ ПРИНЯТИЯ ФАКТА БОЛЕЗНИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	341
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Иркутск	
Яхин К.К. ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ	342
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань	

ПСИХОПРОСВЕЩЕНИЕ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Абакарова А.М., Мухамедов Г.Т.

ГКУ РД «Республиканский психоневрологический диспансер», г. Махачкала
aliev_mustafa@mail.ru

Жизнь в современном обществе характеризуется все возрастающим темпом, огромным количеством новой информации, неблагоприятными экологическими условиями. Это приводит к катастрофическому росту состояний психоэмоционального напряжения, последствием которых нередко становятся психические расстройства и психосоматические заболевания. Главной целью психопрофилактики является предупреждение психических расстройств, пропаганда психогигиенических знаний и здорового образа жизни, психологическое просвещение.

Цель исследования: изучение направлений психопрофилактики в психиатрической помощи населению Республики Дагестан с учетом этнокультуральных особенностей.

Специалистами по социальной работе и психологами Республиканского психиатрического диспансера проводится профилактическая работа в образовательных учреждениях (школы, ВУЗы), посвященная психологическому просвещению, направленному на формирование у учителей, школьников и их родителей положительных установок к обращению за психологической помощью; расширение кругозора в области психологических знаний с целью повышения общей психологической культуры населения. Специалисты по социальной помощи помогают изменить представление о психически больных в общественном сознании, оказывают поддержку людям с психическими расстройствами и их семьям и стараются предотвратить инвалидность в результате психических заболеваний.

Одним из методов психопрофилактики является публицистическая деятельность в региональных печатных средствах массовой информации. Основными вариантами публицистических выступлений специалистов являются интервью, постоянные рубрики, проблемные выступления, краткая информация и объявления, самостоятельные статьи. Отдельные вопросы и темы, наиболее проработанные сотрудниками учреждения, регулярно оформляются в виде своеобразных памяток – небольших брошюр, которые несут информационно-просветительную нагрузку для родственников больных, с консультациями, информацией и советами по оказанию помощи лицам, страдающим психическими расстройствами. Постоянно проводится просветительская разъяснительная работа с семьями по вопросу развития и совершенствования психиатрической службы, профилактики психических заболеваний, стигматизации, организации пропаганды психического здоровья среди населения, современных методов лечения и реабилитации больных, жизнеустойчивости лиц, страдающих психическими расстройствами, и перевода их в социальные учреждения.

Своевременное использование принципов психогигиены, психопрофилактики и реабилитации могут помочь современному человеку обрести душевное равновесие, достойно справляться с ежедневными нагрузками, строить благополучную семейную жизнь, растить здоровое потомство. Данные направления являются важными, поскольку предотвращение заболевания более благоприятно, чем его лечение.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Аблиева Ю.А., Акимова М.А., Богданов С.И.

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ГАУЗ СО «Областной наркологический диспансер», г. Екатеринбург
ama90a@gmail.com

Депрессивные и тревожные расстройства могут наблюдаться на всех этапах течения хронического алкоголизма в качестве автономных, гетерогенных нарушений, а также входить в структуру ведущих синдромов алкогольной зависимости или сочетаться с ними. Такая сопряженность исследуемых расстройств с алкоголизмом ставит важную задачу изучения и диагностики тревоги и депрессии у больных алкоголизмом.

Цель исследования: выявление особенностей тревоги и депрессии у больных хроническим

алкоголизмом, находящихся на лечении в наркологическом стационаре.

Материалы и методы. Всего в исследовании приняли участие 300 пациентов наркологического отделения Областного наркологического диспансера с клиническим верифицированным диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя» (F 10.30 МКБ-10). В исследовании использовали методику HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии). Пациенты самостоятельного заполняли опросник HADS после купирования острой фазы алкогольного абстинентного синдрома.

Распределение больных по полу было следующим: 68% – лица мужского пола, 32% – женского. Возраст больных варьировал от 21 до 73 лет, составив в среднем 40 лет, как среди мужчин, так и среди женщин. Большинство пациентов относились к возрастной группе 30-59 лет.

Результаты. Большая часть женщин (58,3%), больных алкоголизмом, имеет признаки тревоги. Количество мужчин с отсутствием тревоги (54,9%) превышает количество женщин (41,7%) Умеренная тревога одинаково выражена у женщин (29,2%) и у мужчин (29,9%). Высокий уровень тревоги характерен больше для женщин (29,2%), чем для мужчин (15,2%). Отсутствие депрессии больше характерно для мужчин (67,6%), чем для женщин (45,7%). Процент женщин с умеренным уровнем депрессии (51,4%) значительно превышает процент мужчин (26,5%). Но по высокому уровню депрессии количество мужчин (5,9%) несколько превышает количество женщин (2,9%). Самые высокие показатели тревоги характерны для пациентов 20-49 лет, здесь более половины пациентов являются тревожными. В целом по выборке наблюдается снижение процента тревожных пациентов с увеличением их возраста. В возрастной группе 50-59 и 60-69 лет выявлен самый низкий уровень депрессии: 26,7% и 25% соответственно. Самый высокий процент депрессии диагностируется в группах 40-49 лет и 20-29 лет. В группе 30-39 лет чаще всего встречаются признаки высокой депрессии (10,5%).

Женщины в среднем оказались более тревожны и депрессивны, чем мужчины. Самый высокий процент депрессии диагностируется в группах 40-49 лет и 20-29 лет. В группе 30-39 лет чаще всего встречаются признаки высокой депрессии. Самые высокие показатели тревоги характерны для пациентов 20-49 лет. Наблюдается тенденция снижения процента тревожных пациентов с увеличением их возраста.

КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛИЧНОСТНЫЕ, ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ВАРИАНТОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

Агибалова Т.В., Поплевченков К.Н., Кибитов А.О.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва
agibalovatv@mail.ru

Целью настоящего предварительного исследования было изучить генетические, личностные и клиничко-психопатологические предикторы вариантов сочетанного употребления психоактивных веществ (ПАВ) у пациентов с зависимостью от психостимуляторов. Объектом исследования являлись пациенты с установленным диагнозом зависимости от психостимуляторов (МКБ 10), находящиеся на лечении в четырех центрах исследования: клинике НИИ наркологии – филиале ФГБУ «ФМИЦПН» им. В.П. Сербского Минздрава России, клинике МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы, клинике МЦ «Не зависимость», клинике МЦ «Новая жизнь».

Результаты. На начальном этапе в исследование включено 62 пациента, которые были разделены на группы в зависимости от вариантов сочетанного употребления ПАВ. Больше всего оказалось больных с зависимостью от психостимуляторов, не употребляющих другие ПАВ (1-я группа, 25 человек – 40%). Количество больных с зависимостью от психостимуляторов и сопутствующим употреблением каннабиноидов составило 20 человек – 32%, (2-я группа), причем большая часть (16 человек, (80%) употребляла препараты конопли систематически. В 3-ю группу (5 человек – 8%) вошли больные с зависимостью от психостимуляторов и сопутствующим употреблением опиоидов (метадон, героин), 4 пациента (70%) употребляли опиоиды систематически. 4-ю группу составили 5 пациентов (8%) употребляющих психостимуляторы сочетанно с алкоголем. Двое из них (40%) имели сформированную алкогольную зависимость. 5-ю группу составили 7 пациентов (11%) которые наряду с систематическим употреблением психостимуляторов употребляли несколько ПАВ. На втором этапе у пациентов производился забор крови для генетического анализа (генотипирование) с целью

изучения полиморфных вариантов генов дофаминовой и серотониновой нейромедиаторных систем пациентов с различными вариантами сочетанного употребления ПАВ (результаты этой части исследования находятся в обработке). На третьем этапе у пациентов исследовались личностные, клиничко-психопатологические особенности формирования и течения зависимости от психостимуляторов. На четвертом этапе проводилось катамнестическое наблюдение за больными в течение года после выписки из стационара. На основании данных полученных на этом этапе, уже сейчас можно оценить эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов с зависимостью от психостимуляторов и различными вариантами сочетанного употребления ПАВ. Большинство обследованных больных (65%) прошли курс медико-социальной реабилитации по программе «12 шагов» с продолжительностью от 1 до 12 месяцев. Больше всего срывов после выписки наблюдалось у пациентов во 2-й группе (40%). В 3-й группе у больных срывов в употребление ПАВ не было. Вернулись к систематическому употреблению ПАВ после срывов 20% всех обследованных больных. Надо отметить, что срывы после лечения, а так же последующее систематическое употребление ПАВ наблюдалось лишь у тех больных, которые не прошли программу реабилитации, находились на амбулаторном наблюдении или самостоятельно прервали курс реабилитации. По-видимому, это связано с тем, что больные, вовлеченные в реабилитационный процесс, находятся в более стабильном психоэмоциональном состоянии и изменения психического статуса в виде обострения влечения к ПАВ купируется различными вариантами психотерапевтического воздействия.

О ПРАКТИЧЕСКОМ ОПЫТЕ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА СОМАТИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Агамамедова И.Н., Никитина Т.Е., Бобров А.Е.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва

agama6@yandex.ru

Приближение психолого-психиатрической помощи к населению – ключевое направление модернизации психиатрических служб. Это сопровождается повсеместным внедрением психотерапевтических и психосоциальных методов в общемедицинскую практику, организацией специализированных кабинетов и отделений в учреждениях первичной медицинской сети и многопрофильных клиниках. Цель исследования – проанализировать опыт лечебно-консультативной психотерапевтической работы в Московском центре реабилитации (филиал № 3 МНПЦ МРВСМ) на протяжении 2008-2012 гг. Штатная структура кабинета включала одну должность врача-психотерапевта (специалист работал на 0,5 ставки) и одну должность медицинского психолога. Кабинет работал по принципам медико-психологического сопровождения.

За период наблюдения было проконсультировано 1772 пациента, при этом 758 (42,7%) больных прошли курс психотерапии. Наибольшее количество больных направлялись врачами неврологических отделений - 891 (50,3%). Травматологи направляли пациентов к психотерапевту реже всего – в 0,7%. Структура психических нарушений определялась тремя основными диагностическими категориями – органическими, аффективными и тревожными расстройствами. Была прицельно проанализирована группа из 58 пациентов, отобранных случайным методом, средний возраст – $46,9 \pm 14,5$ лет. Возникновение или обострение психических нарушений у этих больных было сопряжено с различной психологической проблематикой. В первую подгруппу вошли пациенты, у которых ведущие психологические жалобы отражали боль и нарушение подвижности (18 чел.). Чаще всего это были пациенты ортопедического профиля. Во второй подгруппе определяющее значение имели жалобы на общее соматическое состояние, которые были обусловлены психовегетативной симптоматикой (24 чел.). Эти больные чаще всего имели неврологические расстройства. В третьей подгруппе у пациентов преобладали жалобы и проблемные ситуации, обусловленные фактом хронического заболевания, а также его психосоциальными последствиями (16 чел.). Чаще всего эти больные страдали ревматологическими заболеваниями. Наилучшие результаты лечения отмечались у пациентов, обеспокоенных психовегетативными нарушениями (79,2% больных этой подгруппы дали улучшение по шкале CGI-I). Несколько хуже поддавались терапии состояния, связанные с болью и нарушением подвижности (66,7% больных дали улучшение). Наихудшие результаты были у пациентов, декомпенсация психического состояния у которых была сопряжена с

фактом заболевания и его психосоциальными последствиями (43,8% этих больных с улучшением). Шкала HADS показала не только статистически достоверное снижение тревоги и депрессии у больных, которые проходили психотерапию, но и выявила различия в динамике состояния у больных разных подгрупп. Преобладающее уменьшение тревоги отмечалось у больных с психовегетативной симптоматикой. Таким образом, психотерапия должна быть необходимой частью комплексной лечебно-реабилитационной работы с соматическими больными.

ОРГАНИЗАЦИИ РАЦИОНАЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Адгамов М.Х.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа
marat_a@bk.ru

Существенной статьей расходов системы здравоохранения является лекарственное обеспечение. В ГАУЗ Республиканском клиническом психотерапевтическом центре МЗ РБ расходы по статье «медикаменты» в круглосуточных и дневных стационарах за 12 месяцев 2015 г. составили около 5,5% от всех затрат.

В основе национальных программ по рациональному использованию лекарственных средств лежит концепция ВОЗ об обеспечении населения необходимыми лекарственными средствами в достаточном количестве, надлежащем качестве и по доступным ценам.

В Российской Федерации данное направление получило развитие при формировании перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Первый перечень ЖНВЛС, подготовленный на основе данных независимой экспертизы, был утвержден Минздравом России в январе 1992 г. В дальнейшем перечень периодически пересматривался. Федеральный перечень является базовым для формирования территориальных перечней лекарственных средств (ЛС).

Качественно новым подходом к решению проблемы рационального использования ЛС стала разработка формулярной системы. Внедрение формулярной системы преследовало следующие цели: медицинские (унификация и стандартизация деятельности практического врача в области лекарственной терапии, исключение из его арсенала малоэффективных и небезопасных средств), экономические (рациональное использование имеющихся средств), социальные (обеспечение доступности необходимых медикаментов), управленческие (формирование лекарственного рынка по приоритетным направлениям).

Основу для формулярной системы в начале 2000 годов заложили приказы Минздрава России: «О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке их отпуска аптечными учреждениями (организациями)»; «О внедрении специальности «клиническая фармакология», «О совершенствовании деятельности врачей – клинических фармакологов»; методические письма: «О примерном положении о формулярной комиссии»; «О мерах по усилению контроля за назначением ЛС»; «О внедрении в практику здравоохранения третьего выпуска Федерального Руководства по использованию ЛС для врачей»; «О неблагоприятных побочных действиях ЛС» и др.

В Республике Башкортостан процесс внедрения формулярной системы начался в 2000 г. и завершился после подготовительного периода с изданием приказов Минздрава РБ («О создании ФТК МЗ РБ», «О клинических комиссиях ФТК МЗ РБ», «О разработке базовых перечней (формуляров) ЛС»), составлением и утверждением первого республиканского формулярного списка ЛС.

Регулярно пересматриваемый республиканский формулярный перечень как перечень, включающий помимо препаратов федерального перечня ЖНВЛП, большое количество лекарственных препаратов, отобранных на основе экспертной оценки, просуществовал до 2015 г. В настоящее время единственным используемым перечнем для организации лекарственного обеспечения в стационарных условиях является федеральный перечень ЖНВЛП.

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ

Акимова М.А, Богданов С.И., Абдиева Ю.А.

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ГАУЗ СО «Областной наркологический диспансер», г. Екатеринбург
ama90a@gmail.com

Уровень заболеваемости и распространенность алкоголизма зависят от сложного взаимодействия целого ряда социально-психологических и биологических факторов, относительная значимость которых существенно меняется в зависимости от территории и различных периодов развития общества. В связи с этим обстоятельством изучение региональных особенностей развития алкогольной ситуации является важной задачей медицинской науки.

Цель исследования: изучение динамически первичной заболеваемости алкогольной патологией в крупном промышленном регионе в 2010-2014 гг.

Материалы и методы. Для расчета показателей использованы сведения форм статистического наблюдения по Свердловской области и г. Екатеринбургу за 2010-2014 гг. Для построения динамических рядов показателей общей и первичной заболеваемости в Российской Федерации использованы данные статистических сборников «Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации» 2010-2014 гг. (НИИ наркологии).

Результаты. Уровень первичной заболеваемости алкогольной патологией, включая синдром зависимости от алкоголя и алкогольные психозы в Екатеринбурге в период с 2010-2013 гг. оставался стабильно на высоком уровне, достигнув пика в 2011 г. Лишь в последний год рассматриваемого периода наметилась тенденция к снижению заболеваемости в 1,2 раза. Напротив, в Свердловской области и Российской Федерации относительные показатели заболеваемости алкогольной патологией были существенно ниже городских, и наблюдался их динамичный спад в 1,4 раза по области и в 1,5 раза по России. Относительные показатели первичной заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя в г. Екатеринбургу оставались достаточно высокими по отношению к областным в 1,5 раза и общероссийским в 1,7-1,8 раза. Соотношение мужчин и женщин, обратившихся за помощью впервые в жизни с синдромом зависимости от алкоголя, составило 1:4 по г. Екатеринбургу и 1:3 по Свердловской области. Число впервые выявленных больных алкогольными психозами в Екатеринбурге в период с 2011 по 2014 гг. уменьшилось в 2 раза, по Свердловской области и России – на треть за исследуемый период. Уровень первичной заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя среди женского населения в Екатеринбурге отличался несущественными колебаниями, тогда как областные показатели снизились на 23%. Относительные величины первичной заболеваемости женщин с синдромом зависимости от алкоголя по области, были ниже городских в 1,3-1,4 раза. Первичная заболеваемость алкогольными психозами среди женского населения уменьшилась на четверть в Екатеринбурге и на треть по Свердловской области. Возрастной расклад больных, обратившихся за помощью впервые в жизни с синдромом зависимости от алкоголя в городе Екатеринбурге, был представлен в половине случаев лицами более зрелого возраста (40-59 лет) и треть составляли молодые (20-39 лет). В Свердловской области эти возрастные категории были представлены в преобладающих равных соотношениях. Лица, впервые перенесшие алкогольные психозы, входили в возрастные группы 20-39 лет и 40-59 лет практически в равных долях (40-45%) на протяжении 2010-2013 гг. в городе и области. Однако, к концу исследуемого периода (2014 г.) в Екатеринбурге наблюдался существенный рост числа больных с данной патологией в возрасте 40-59 лет в 2 раза.

На фоне общего равномерного снижения областных и общероссийских показателей первичной заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя, в Екатеринбурге уровень данной патологии оставался стабильно высоким. Однако, существенное снижение первичной заболеваемости алкогольными психозами косвенно указывает на менее тяжелые формы течения алкогольной болезни в указанный период. Резкий рост числа алкогольных психозов среди возрастной группы 40-59 лет в 2014 г. – косвенный показатель нестабильности социально-экономической ситуации, изменения в системе личностных ценностей, снижения занятости населения (в том числе, из-за вынужденных сокращений на предприятиях), употребление дешевых суррогатных алкогольных напитков, неустойчивое психологическое состояние людей.

ПОМОЩЬ ДОБРОВОЛЬЦА ПЕРЕЖИВШИМ СУИЦИД БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА

Алавердова Л.Л.

Американский Фонд предотвращения самоубийств (American Foundation for Suicide Prevention)

lalaverdova@gmail.com

Близкие люди составляют группу риска депрессии, суицидального поведения после суицида члена семьи. Обученные добровольцы, в том числе и преодолевшие личную трагедию, – важный и пока не востребовавшийся в РФ ресурс помощи и взаимопомощи в программе предупреждения суицидов.

Цель исследования: обобщить многолетний опыт добровольческой помощи горюющим после суицида близких от лица перенесшего сходную трагедию (потеря брата).

Материалы и методы: лица перенесшие суицид близкого человека (т.н. «выжившие»).

Результаты. Следующие приемы и подходы облегчают бремя семьи после суицида. 1. Дать возможность горющему выговориться, избегая давать советы. Не подчеркивать, что у горющего остались близкие, есть, для кого жить. Он сам знает об этом. Не говорить, что ушедший «отмучился», ему теперь хорошо. Не советовать сменить жилье, избавиться от вещей погибшего. Не напоминать о долге. Не стараться отвлечь или развлечь. Не стараться ограничить скорбь временными рамками. Быть предельно осторожным в утешении, помня, что близкие погибшего могут почувствовать себя уязвленными даже по «ничтожному» поводу. Не избегать произносить имя погибшего, вспоминать о хорошем, с ним связанном. 2. Близкие пытаются понять, что произошло с их любимым. Чтение популярной литературы о психических расстройствах и их связи с самоубийством поможет осознать глубину страданий родной души. 3. Связь с природой, вовлеченность в искусство дает возможность выплакаться. 4. Попытки передать чувства в форме дневника, стихов, прозы. 5. Участие в телефонной линии доверия, распространении психообразовательной литературы; организация и ведение групп самопомощи (по рекомендациям ВОЗ), антисуицидального сайта (желательно, с привлечением профессионалов); посещения горюющих семей, организация дней памяти, походов против самоубийств, привлекающих внимание общества к делу предупреждения суицидов.

Объективизация результатов помощи обученных добровольцев (из числа «выживших») в процессе самоисцеления и снижения бремени суицида на семью сложна, но самоописания членов групп самопомощи указывают на положительные подвижки в плане предупреждения риска депрессии и суицидального поведения, благодаря неформальной поддержке.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Александрова Н.А., Шкитырь Е.Ю.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии

им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

n.a.alexandrova@mail.ru

Экспертами ВОЗ в 1975 г. были выделены основные факторы риска совершения суицида несовершеннолетними: низкий уровень дохода семьи подростка, в которой он воспитывается, употребление подростком алкоголя и наркотических веществ, а также низкий образовательный уровень. Однако за 30 лет ситуация значительно изменилась, появился неограниченно свободный доступ к интернету, социальные сайты наполнены различной опасной информацией, в том числе и посвященной суицидам. Подростки неоправданно много времени проводят за мониторами компьютеров, порой просто «выпадая из реальности», обсуждают в таких группах по интересам «бесмысленность жизни», «усталость и раздражение от родителей», «неразделенную любовь и измены», и тут же в режиме реального времени обмениваются сведениями об эффективных способах самоубийства, интересуются дозировками лекарственных препаратов («чтоб наверняка»), ищут себе партнеров по совершению суицида.

Таким образом, суициды стали «модным» поступком среди несовершеннолетних. И если раньше, ориентируясь на данные ВОЗ, суициды чаще совершали дети из неблагополучных семей, то в настоящее время почти 80% суицидентов - составляют подростки из полных, внешне благополучных семей со средним и выше среднего достатком. При этом воспитание в таких семьях было либо по типу «гиперпротекции» (в основном со стороны матери, когда велся тотальный контроль успеваемости подростка, его общения, как в социальных сетях, так и вне дома в кругу

приятелей), сопровождающееся различными видами наказаний (как словесного плана с запретом пользоваться различными гаджетами, так и физическими наказаниями), либо и вовсе гармоничным типом воспитания (скорей, только «фасадным» для окружающих), поскольку в таких семьях наблюдались внутренние хронические конфликты, или (что следует из дневников суицидента, либо предсмертных записок) отсутствовали понимание и поддержка в сложных и значимых для подростка ситуациях. Школьные конфликты зачастую приводят подростка к совершению суицида. Ретроспективный анализ показывает, что при формально внешне благополучном общении подростка в школьном коллективе, у него нет друзей, с которыми можно было поделиться своими чувствами и эмоциями. Страх не оправдать порой жесткие требования родителей к учебе и оценкам, собственные высокие притязания - быть всегда и во всем лучшим, приводят к ощущению разочарования, невозможности исправить ошибку, наталкивают подростков на суицидальные мысли, а отсутствие понимания и поддержки со стороны родителей, доверительных отношений с ними облегчают возможность реализации суицидальных намерений.

Актуальной на сегодняшний день остается взаимосвязь употребления алкоголя и совершения суицида несовершеннолетними. Алкоголь повышает агрессивность, облегчает и ускоряет переход суицидальных мыслей в действие, снижает способность к осознанной регуляции действий. Также необходимо отметить, что в последние годы суицидальному поведению и действиям несовершеннолетних стало способствовать употребление синтетических каннабиноидов или курительных смесей «Спайс», которые активно распространяются в школьной среде. Таким образом, аутоагрессивная активность несовершеннолетних в настоящее время по-прежнему остается выраженной, все больше приобретая черты эпидемии.

ОЦЕНКА ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНОГО ПОТЕНЦИАЛА НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Алексеев Э.М., Гершенович Г.М., Петров А.С.

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», г. Красноярск

elviraalexeev@mail.ru

При проведении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы обращает на себя внимание большое количество подэкспертных наркопотребителей, которые демонстрируют психопатологическую симптоматику в виде гипомании, неадекватности (парадоксальности) эмоциональных проявлений, расстройств мышления (разноплановость, склонность к рассуждательству, амбивалентность), параноидную настроенность. Проводя необходимый комплекс исследований, мы анализировали и речевую продукцию таких подэкспертных, применяя лингвистические методы исследования семантики речи; определяя выделенные Б.Е. Микиртумовым тематические ряды (ТР), характерные для бредовых расстройств, синдрома дереализации-деперсонализации, эмоциональных расстройств. Это позволило абстрагироваться от целого ряда индивидуальных языковых факторов: словарный запас, социальное положение, образовательный ценз, интеллектуальный уровень, сфера занятости и др. Выделив у подэкспертных сходные ТР, мы с учетом данных анамнеза с большей достоверностью выявили повторяющиеся кратковременные психотические состояния у наркопотребителей, которые обходились без медицинской помощи. В 10% случаев по нашим наблюдениям у таких подэкспертных обнаруживаются быстро прогрессирующие, злокачественные формы течения наркоманий с быстрым нарастанием социальной дезадаптации, сходные с выделенными ранее М.Г. Чухровой с соавт. вариантами течения гашишной наркомании с установкой на психотическое опьянение. Клиника опьянений запредельно высокими дозами наркотических средств при таких формах характеризуются интоксикационными психозами по типу галлюцинаторных (желательных состояний) и/или параноидных (нежелательных состояний). Это позволяет прогнозировать повышение риска совершения наркопотребителями повторных деликтов, в том числе и более тяжких, чем совершенные ранее (кражи, грабеж), опосредованных механизмом «преследование преследователей». Эти кратковременные психотические состояния в определенной мере влияют в момент совершения общественно опасных действий на способность испытуемых осознавать их фактический характер и руководить ими.

Наркотическое опьянение/наркомании традиционно относят к состояниям, которые человек вызвал сам, руководствуясь сознательным выбором, что исключает применение ст.21 УК РФ. Возможно, что в экспертных выводах в подобных случаях оправдано определять синдром

зависимости от наркотических средств как психическое расстройство, при котором подэкспертный был лишен способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими с рекомендацией амбулаторного принудительного лечения соединенного с исполнением наказания (ст.22 УК РФ). Однако, провести таким психически больным амбулаторное принудительное лечение в условиях условного наказания практически невозможно из-за ныне существующего искусственного разделения медучреждений на психиатрические и наркологические, с одной стороны, и невозможностью создать условия, лишаящие наркопотребителя, с другой. Таким образом, в сложившейся ситуации, уместно рекомендовать принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-психиатра, соединенное с исполнением наказания в условиях исправительного учреждения.

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА И ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Алиев М.А, Мухамедова И.Н.

ГКУ РД «Республиканский психоневрологический диспансер», г. Махачкала

aliev_mustafa@mail.ru

В современных условиях задачи по обеспечению комплексной безопасности крупномасштабных мероприятий зачастую выполняют разнородные силы и средства министерств, ведомств и организаций, входящих в Единую государственную систему предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС). В соответствии с Протоколом заседания Комиссии Правительства Республики Дагестан по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности, Республиканский психоневрологический диспансер включен в Перечень организаций Республики Дагестан, которые привлечены к мероприятиям по оказанию экстренной психологической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях и при пожарах. В рамках исследования изучалась эффективность работы бригады быстрого реагирования по оказанию экстренной психологической помощи при взаимодействии разных ведомств.

Для оказания экстренной психолого-психиатрической помощи создана бригада быстрого реагирования, в состав которой входят специалисты, прошедшие специализацию по дополнительной программе обучения в «ФМИЦПН им. В.П. Сербского». Психолого-психиатрическая бригада осуществляет свою работу во взаимодействии с Минздравом Республики Дагестан, Республиканской психотерапевтической поликлиникой, МЧС РФ по Республике Дагестан, центральными городскими и районными больницами. Специалисты бригады быстрого реагирования психолого-психиатрической помощи оказывают надлежащую психосоциально-фармакологическую и психологическую помощь пострадавшим и их родственникам. Ими выявляются лица, нуждающиеся в медицинской (психиатрической) помощи, проводится психологическое консультирование, осуществляется информационно-психологическое сопровождение пострадавших, а также родственников и близких погибших в результате ЧС. Данная бригада участвовала в оказании медико-психологической помощи медицинскому персоналу Республиканского Перинатального центра г. Хасавюрт, предоставляла помощь пострадавшим и их родственникам во время автокатастрофы, населению Унцукульского района после проведения контртеррористических операций, пострадавшим после наводнения в г. Дербенте. В своей работе психологи и врачи использовали методы индивидуальной, групповой психологической помощи, направленной на актуализацию личностных ресурсов, принятие сложившейся ситуации, регуляцию актуального психического состояния, коррекцию межличностных отношений, налаживали эмпатический контакт с пострадавшими, организовывали и участвовали в дебрифинге, проводили ослабление травматического инцидента (ОТИ) по Ф. Джербоду. А также специалисты бригады информировали пострадавших и их близких об особенностях психического состояния в данный период, возможной динамике его изменения и мотивировали на пролонгированную помощь в отдалении от чрезвычайной ситуации.

Экстренную психолого-психиатрическую помощь пострадавшим от стихийных бедствий необходимо оказывать в местах пребывания пострадавших, что значительно приближает специализированную помощь к населению. Все привлекаемые силы и средства существенно различаются по сферам деятельности, но, дополняя друг друга совместными усилиями, способны решать самые сложные задачи при обязательном условии – тесном взаимодействии и тщательной координации усилий.

ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ СИНДРОМА ДИСМОРФОФОБИИ-ДИСМОРФОМАНИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Алифанова М.К., Рабигалов Ф.А., Халилова И. В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Волгоград
ewwison@mail.ru

Целью исследования явилось выявление группы риска среди подростков по формированию идей дисморфофобического и дисморфоманического характера с целью дальнейшей психопрофилактической работы.

В ходе работы было проведено анкетирование учащихся средних общеобразовательных школ в возрасте от 13 до 18 лет. Общее количество респондентов составило 130 человек, из которых было сформировано две возрастные когорты: «младшая группа» (13-15 лет) и «старшая группа» (16-18 лет). Гендерное соотношение было сопоставимо в обеих выборках и соответствовало 1:1.

Методика исследования включала применение психометрических шкал для количественной оценки уровня депрессии (шкала Цунга для самооценки депрессии), степени выраженности неудовлетворенностью собственным телом (шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом (ШУСТ) О.А. Скугаревского, опросник образа собственного тела О.А. Скугаревского, С.В. Сивухи). Анализ влияния социальных факторов на вышеуказанные показатели проводился на основе анкеты-опросника, включающей вопросы школьной успеваемости, семейного статуса и др.

Обследование выявило существенное снижение значений по оценке удовлетворенности собственным телом в сравнении с нормой: удельный вес респондентов, продемонстрировавших низкие показатели по методике ШУСТ, составил 43,1% общей выборки. Степень неудовлетворенности отдельными частями собственного тела оказалась сопоставима в обеих возрастных группах. При этом, у опрошенных девушек в ранговом соотношении среди частей тела с наибольшим уровнем неудовлетворенности представлены: живот (29,2%), ягодицы (17,7%) и грудь (11,5%). В то время как у юношей низкая удовлетворенность в большей мере ассоциирована с: ростом (32,3%), животом (20,1%), кожей (13%).

По результатам использования опросника образа собственного тела среднее значение в старшей группе составило $15,1 \pm 2,34$ ($p=0,05$) балла, что свидетельствует о выраженной неудовлетворенности собственным телом, в то время как в младшей группе этот показатель соответствовал норме ($9,91 \pm 1,65$ балла) ($p=0,05$). При этом в обеих выборках отмечалось существенное доминирование девушек (66,7% и 48,4%, соответственно) среди респондентов, обнаруживших превышение нормальных показателей, в сравнении с юношами (18,8% и 17,6%, соответственно).

В ходе работы выявлена корреляция между степенью неудовлетворенности собственной внешностью и уровнем депрессии (умеренной степени), более высоким уровнем успеваемости (легкой степени) и находится в обратной зависимости от регулярности спортивных занятий (умеренной степени).

Результаты исследования показали высокую распространенность неудовлетворенности собственным телом в обследованной когорте, что свидетельствует о наличии существенного риска по развитию синдрома дисморфофобии-дисморфомании и необходимости проведения психопрофилактической работы среди учащихся средних и старших классов. Наиболее значимыми предикторами в формировании идей дисморфофобического содержания являются женский пол, старшая возрастная группа, а также коморбидность депрессии. В качестве мер, направленных на предотвращение дальнейшего развития патологической симптоматики предложено проведение мастер-классов с обсуждением принципов здорового образа жизни, рационального питания и оптимальных физических нагрузок в рамках дополнительных школьных занятий.

ПРИМЕНЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Алкеева-Костычева Е.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
alkeevkostycheva@mail.ru

Вместе с приближением служб психического здоровья к населению, а также в связи с осознанием реальной стоимости здравоохранения возрос интерес к психодинамической психотерапии. Ограниченное время придает ей свои уникальные и характерные цели лечения, подбор пациентов и технические приемы.

Целью работы явилось исследование основных концепций и видов краткосрочной психодинамической психотерапии и изучение возможности их применения в лечении пациентов со стрессовыми расстройствами.

В основе динамического подхода в психотерапии лежит стремление достичь понимания динамики психической жизни индивида на основании концепции бессознательного. Психодинамическая терапия фокусируется на воздействии прошлого опыта (когнитивные способности, аффекты, фантазии и поступки) на актуальное психическое состояние и поведение пациента. Ее задачей является понимание функционирования психологических защитных механизмов и трансферентных реакций (переноса) в том их виде, в котором они проявляются в ходе общения пациента с терапевтом. В процессе психодинамической психотерапии используются такие терапевтические приемы, как терапевтический альянс, свободное ассоциирование, интерпретация защит, сопротивления и трансфера (переноса). Виды краткосрочной психоаналитической психотерапии: экстренная психоаналитическая психотерапия: краткосрочная психотерапия, применяемая в качестве неотложной помощи в экстренных случаях с целью оперативного устранения явных симптомов или расстройства адаптации, при котором пациент подвержен декомпенсации и не способен самостоятельно преодолеть острый текущий кризис. Терапевт занимает активную позицию, готов оказать пациенту поддержку, осуществляет интерпретации только в крайнем случае (1-3 сеанса).

Экстренное вмешательство: краткосрочная психотерапия, применяемая с целью преодоления текущего кризиса. В связи с характерным внутренним или внешним стрессовым состоянием и стрессовыми условиями пациенту угрожает декомпенсация, поэтому он не может самостоятельно преодолеть кризис. Терапевт занимает активную позицию, готов оказать пациенту поддержку; психодинамическое значение кризиса выявляется в ходе интерпретации, если это возможно (1-5 сеансов).

Психоаналитическая фокусная терапия: форма краткосрочной психотерапии, рассчитанная на психологическую обработку определенного конфликта и попутное выявление совокупности бессознательных проблем. Терапевт соблюдает общие психоаналитические правила и использует особые приемы интерпретации (10-30 сеансов). Психоаналитическая консультация: собирательное название консультативных мероприятий, которые проводятся в различных учреждениях с разными пациентами и всевозможными целями, например, воспитательная консультация, стимулирующая консультация, поддерживающая консультация; в основе методов консультирования лежат психоаналитические концепции. Консультант занимает активную позицию; интерпретации, как правило, не осуществляются (5-10 сеансов).

При лечении стрессовых расстройств в рамках психодинамического метода возможно эффективное использование наличных ресурсов психоаналитической терапии, сочетая клинико-психопатологический подход и принципы психоаналитической метапсихологии.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК ОТСРОЧЕННЫЙ ДИАГНОЗ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Альбицкая Ж.В.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России,
г. Нижний Новгород
zhanna051267@gmail.com

Психическое здоровье детей определяет здоровье нации в будущем и занимает одно из ведущих мест в профилактике патологии психического здоровья во всем мире. Проблема раннего детского аутизма (РДА) является одной из наиболее актуальных в детской психиатрии, что обусловлено неуклонным ростом числа детей, страдающих этим заболеванием. Большинство исследователей сходятся на численности 26 случаев на 10 000 человек, а отклонения от этой цифры (в сторону уменьшения или увеличения) относят за счет неточных критериев диагностики аутизма и длительного наблюдения детей с РДА с диагнозом задержка психического развития (ЗПР).

Целью работы явился катamnестический анализ и определение сроков первичной диагностики раннего детского аутизма.

Материалы и методы. В клиническую выборку вошло 418 детей в возрасте от рождения до 14-ти лет с верифицированным диагнозом РДА (F84.0 по МКБ-10). Анализу подвергались сведения, полученные из историй развития ребенка и опроса родителей; учитывались основные симптомы РДА и нарушения во всех сферах психической деятельности в различные возрастные периоды развития ребенка.

Результаты. Средний возраст первого обращения за психиатрической помощью составил $5,3 \pm 0,5$ года (до этого возраста все дети наблюдались неврологом или психиатром с диагнозом ЗПР). Основная часть исследуемых детей попадала впервые на консультации и коррекционные занятия в возрасте старше 5 лет, когда синдром РДА наблюдался уже в своем сформированном виде. Максимальная выявляемость РДА приходилась на возраст от 5 до 7 лет – 277 детей (66,3%), а минимальная - на возраст от 2 до 3 лет - 27 детей (6,5%). Средний возраст постановки диагноза РДА составил $5,5 \pm 1$ год. Настоящий факт можно объяснить недостаточным уровнем знаний специалистов первичного звена и детских психиатров об основных симптомах РДА. Важно отметить, что ЗПР в большинстве случаев не является диагнозом, а лишь синдромом, указывающим на наличие психического расстройства у ребенка. Данные 15-тилетнего катamnеза показали, что около 20% детей с РДА, терапия которых была начата в возрасте 2-3 лет, в школьном возрасте смогли заниматься по программе общеобразовательной школы, 60% – по программе коррекционной школы. Из числа пациентов, которым диагноз аутизма был выставлен после достижения 6-летнего возраста, посещали коррекционную школу с целью социальной адаптации только 15% детей, а большинство поздно диагностированных детей вынуждены были заниматься по индивидуальным программам вне школы. Раннее выявление основных симптомов РДА при междисциплинарном взаимодействии и своевременно начатая медикаментозная и психолого-педагогическая коррекция существенно снижают уровень инвалидизации у детей с аутизмом и улучшает их социальную адаптацию.

ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ОТДЕЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА И ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Амирасланова Р.Х., Тарханов В.С., Андреев А.Ю.

ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань
savvich-65@mail.ru

ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» является единственным специализированным ЛПУ психиатрического профиля в регионе, оказывающим все виды специализированной психиатрической помощи и психиатрической экспертизы.

За 2015 г. на стационарное обследование и лечение поступило 5468 пациентов, из них в отделение первичного психотического эпизода и трудовой экспертизы – 219 пациентов. Основными показаниями госпитализации в отделение первичного психотического эпизода и трудовой экспертизы согласно Регламента осуществления госпитализации в стационарные отделения ГБУЗ АО «ОКПБ» являются:

- необходимость проведения первичной трудовой экспертизы для квалифицированной диагностики психического расстройства, определения стойкости и степени выраженности нарушений психических функций и ограничения жизнедеятельности, а также для решения вопроса о наличии (отсутствии) клинико-социальных показаний для направления пациентов в бюро МСЭ с целью установления группы инвалидности;

- впервые выявленные у пациента проявления психических и поведенческих расстройств, требующие первичной квалифицированной диагностики, вне зависимости от района проживания;

- первые три приступа (обострения) у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с данностью заболевания не более пяти лет и отсутствием дефекта личности.

Анализ поступлений пациентов мужского пола в отделение первичного психотического эпизода и трудовой экспертизы за 2015 г. показал следующее: по критерию причины госпитализации в данное отделение можно условно разделить пациентов на 3 группы: 1 группа – решение диагностических и медико-социальных вопросов (14 пациентов); 2 группа – впервые выявленные проявления психических и поведенческих расстройств (139 пациентов); 3 группа – повторно поступившие пациенты, у которых ранее была диагностирована шизофрения и расстройства шизофренического спектра с данностью заболевания не более пяти лет и отсутствием дефекта личности (66 пациентов). Следует отметить, что часть пациентов из второй группы в течение госпитализации были также первично представлены на специализированную психиатрическую МСЭ, где им была определена группа инвалидности. Число таких случаев (20 пациентов) превысило число пациентов, госпитализирующихся непосредственно для решения вопросов трудовой экспертизы. Данную тенденцию чаще всего можно объяснить несвоевременным обращением к врачу-психиатру, отсутствием у пациента и его родственников критического отношения к заболеванию.

Таким образом, выраженность психических нарушений при первичном обращении приводит к ограничению, либо утрате трудоспособности, что обуславливает необходимость решения вопросов трудовой экспертизы.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ГЕРОИНОМ В АНАМНЕЗЕ

Арзуманов Ю.Л., Васечкин В.Б., Абакумова А.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва

vasech@mail.ru

Употребление героина матерью отрицательным образом сказывается на здоровье новорожденного. Исследовано 1150 новорожденных от женщин, употреблявших героин до зачатия и в течение определенного периода беременности. Аномалии развития встречались в группе исследования более чем в два раза чаще, чем в группе контроля. Среди врожденных пороков развития в обеих группах преобладали врожденные пороки сердца, пороки развития ЦНС, часто гидроцефалия (16,5 на 1000 новорожденных). Меньше половины детей от героин-зависимых матерей родились доношенными зрелыми (42,26%), в то время как у женщин группы контроля такие дети рождались в 91,37% случаев, кроме того по антропометрическим данным отмечаются достоверные различия с группой контроля.

Исследование высших психических функций (ВПФ) у 128 детей с антенатальной интоксикацией героином (АИГ) в соответствующие критические периоды становления нервной системы ребенка (в период младшего школьного возраста (6-10) лет) показало, что когнитивные функции характеризуются определенными типами нарушений: сужение полей зрительного и слухового восприятия, невозможность формирования целостного образа, наличие цветовой, предметной и слуховой агнозии; несформированность координатных представлений, трудности в понимании слов, обозначающих пространственное положение объектов; быстрая истощаемость внимания, нарушение его концентрации; сужение объема, продуктивности памяти и мышления.

В настоящее время наблюдается увеличение числа детей с отклоняющимся развитием ВПФ. Нами было проведено исследование реабилитационного потенциала (развитие способностей) группы 14 детей младшего школьного возраста с наличием в анамнезе АИГ. За основу была взята технология «Комплексное нейропсихологическое коррекция развития ребенка» А.В. Семенович.

Комплекс представляет собой организованную трехуровневую систему комплексной нейропсихологической коррекции и абилитации отклоняющегося развития. Методы I уровня направлены, прежде всего, на элиминацию дефекта и функциональную активацию подкорковых образований головного мозга; II-го уровня - на стабилизацию межполушарных взаимодействий и функциональной специализации левого и правого полушарий; а III-го уровня - на формирование оптимального функционального статуса передних (префронтальных) отделов мозга. Результат полученный от комплексной абилитации с дифференцированным применением коррекционных методик при расстройствах развития школьных навыков по «Шкале оценки эффективности терапии» В.Я. Семке, позволяет считать, что 33% детей с оптимальными прогностическими критериям соответствуют уровню А — полное выздоровление (удовлетворительная успеваемость, адаптация в аспекте межличностных отношений), у 49% отмечен уровень В — практическое выздоровление (необходимость проведения эпизодических социотерапевтических мероприятий), а у 28% обследованных с признаками ригидности в течении заболевания определяется уровень С — неполное выздоровление (наличие отдельных симптомов, незначительных нейрофизиологических сдвигов и восстановление трудоспособности).

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ «ДИЗАЙНЕРСКИХ» НАРКОТИКОВ НЕГОСУДАРСТВЕННОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Асадуллина Г.М., Юлдашев В.Л., Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

droar@yandex.ru

В соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ (ред. от 25.11.2013 г., с изменениями от 04.06.2014 г.) «О наркотических средствах и психотропных веществах» государственная политика в сфере оборота наркотических средств строится на принципе привлечения негосударственных организаций и граждан к борьбе с распространением наркомании и развитию сети учреждений медицинской реабилитации (в ред. Федерального закона от 25.11.2013 г. № 317-ФЗ). В то же время, более 67% консультантов негосударственных реабилитационных центров не имеют высшего образования. В настоящее время, согласно «Докладу о наркоситуации в Республике Башкортостан по итогам 2014 года», опубликованным Управлением ФСКН по РБ в 2015 г., отмечается резкое повышение немедицинского оборота наркотических средств нового поколения, так называемых «дизайнерских» («аналоговых») наркотиков. Иногда действие новых синтетических наркотических средств значительно отличается от природного аналога настолько, что можно говорить о появлении нового класса наркотических средств.

Исследование проводилось на базе Центра социальной адаптации «Актау» г. Уфы Республики Башкортостан с целью выявить медико-социальные и индивидуально-личностные характеристики резидентов негосударственного реабилитационного центра, находящихся в состоянии ремиссии три месяца и более, получить данные о распространении потребления новых синтетических наркотических средств. Испытуемые: 119 пациентов в возрасте от 18 до 28 лет, в т.ч. 108 (90,8%) мужчин и 11 (9,2%) женщин. Для определения типа личности респондентов и вероятности наличия у них личностных расстройств применялись методики Дж.Олдхэма-Л.Морриса и сокращенный многофакторный опросник (Мини-мульти) для исследования личности (ММПИ). Анонимный опрос 119 резидентов позволил получить социально-демографический портрет реабилитанта. В возрасте от 18 до 20 лет были 14,9% респондентов, 20-25 лет - 16,5%, 26-35 лет - 27,3% и в возрасте от 35 до 40 лет - 22,3% опрошенных. 90,8% резидентов – лица мужского пола. Большинство респондентов имели профессиональное образование, в том числе высшее образование - 41,3%, среднее и начальное профессиональное образование - 38,9% участников исследования. Каждый второй (49,6%) респондент имел детей.

Результаты. Пациенты, имеющие в структуре личности депрессивный, шизоидный и гипоманиакальный тип поведения, наиболее чаще подвержены развитию аддиктивного поведения. Об этом свидетельствуют корреляция большинства полученных шкал по методике определения типа личности и вероятности личностных расстройств Дж.Олдхэма-Л.Морриса со шкалами (Ma) – гипомания, (D) – депрессия, (Se) – шизоидность опросника для исследования личности ММПИ. В то же время нельзя не принимать во внимание характерные изменения личности, происходящие в процессе употребления наркотического средства. Таким образом, выявление личностных предикторов к

формированию и развитию аддиктивного поведения, могут найти практическое применение в области разработки первичных антинаркотических профилактических программ среди здорового населения, путем выявления групп риска и дальнейшей прицельной работой с данными лицами.

ОЦЕНКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В РАМКАХ ДИМЕНСИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА

Ассанович М.В.

УО Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь
marina.viass@gmail.com

Существующая система диагностики шизофрении характеризуется невысокой надежностью и низкой точностью в оценке степени выраженности психопатологической симптоматики и определении критериев изменения состояния пациента в динамике терапии. Ожидаемое появление в ближайшем будущем МКБ-11 и недавний выход американской классификации DSM-V подчеркивают значимость дименсионального направления в современных психиатрических классификациях. Данный подход прагматически ориентирован как на определение ведущих дименсий психопатологических проявлений при шизофрении, так и на количественную оценку изменений в состоянии пациента в процессе проводимого лечения. Для решения данных задач создан ряд измерительных инструментов – клинических шкал, использование которых позволит определять «точки приложения» в виде ведущих дименсий для проводимой терапии и объективизировать происходящие в процессе лечения изменения в состоянии пациента.

Для контроля за состоянием пациента в процессе фармакотерапии и оценки выраженности позитивной и негативной симптоматики при шизофрении используются такие шкалы как: PANSS (шкала для оценки позитивных и негативных симптомов), SAPS (шкала оценки позитивных симптомов), SANS (шкала оценки негативных симптомов), BPRS (краткая шкала оценки психического состояния), PSYRANS (рейтинговая шкала оценки психотических симптомов), BABS (шкала оценки убеждений Брауна), SDS (шкала оценки синдрома дефицита), CAINS (клиническое интервью оценки негативных симптомов), NSAT (методика оценки негативных симптомов), BNSS (короткая шкала оценки негативных симптомов), DRS (рейтинговая шкала оценки выраженности бреда), BAVQ-R (краткий опросник оценки слуховых галлюцинаций) и другие.

Для клинической практики актуальное значение имеют короткие, валидные и надежные шкалы, имеющие точные, научно обоснованные критерии определения изменения состояния пациента, которые сможет использовать практикующий психиатр. Однако большинство русскоязычных версий клинических шкал на территории постсоветского пространства крайне редко используется в клинической практике и научных исследованиях. Они не проходили проверку своих клинико-метрических свойств, не исследована их надежность и валидность в оценке клинического состояния пациента, отсутствуют данные об их использовании в оценке динамики состояния пациента в процессе проводимого лечения. Разработка строгих критериев научного измерения латентных конструктов, оцениваемых данными шкалами, внедрение данных измерительных инструментов в клиническую практику позволит индивидуализировать и повысить эффективность диагностического и терапевтического процесса.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АУТИЗМОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Ахмерова И.Ю., Валинуров Р.Г., Тулбаева Н.Р.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа
rpbmzrb@mail.ru

За последнее десятилетие отмечается значительный рост расстройств аутистического спектра (РАС), как в России, так и по всему миру. По данным 67 сессии Генеральной Ассамблеи ООН распространенность в детской популяции составляет 61,9 на 10 000 детского населения. По данным психиатрической службы, распространенность РАС в Республике Башкортостан составляет 5,9 на 10 000 детского населения. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра, РАС

введены в рубрику F 84 «Общие расстройства психологического поведения». Таким образом, диагноз «Аутизм» имеет право устанавливать только врач психиатр.

Современные клинико-биологические исследования свидетельствуют о нозологической гетерогенности данного заболевания, широкой вариабельности различных видов РАС, трудностях своевременной диагностики и возрастанием медицинской и социальной значимости. К сожалению, аутизм редко диагностируется в возрасте до 3-х лет, несмотря на то, что большинство исследователей сходятся на том, что выявить характерные признаки аутизма возможно у детей начиная уже с 6-12 месяцев.

Родители детей с начальными признаками аутизма (нарушения социального взаимодействия и развития речи, нетипичные реакции на сенсорные раздражители, стереотипии и ритуальность поведения) в первую очередь обращаются к врачам поликлинической сети: педиатрам, детским неврологам. А нередко – к психологам, логопедам, АВА- и анималотерапевтам, которые, зачастую не имея должного образования и представления о специфике расстройства, настаивают на том, что владеют единственно верным методом лечения аутизма и категорически отрицают необходимость вмешательства врача психиатра.

Недостаточный уровень знаний в этой области специалистов, оказывающих медицинскую и социально-педагогическую помощь детям, очевидная «стигматизация» родителей ребенка с аутизмом, и как следствие позднее обращение к врачу психиатру, отражаются на своевременности и качестве оказания лечебно-диагностической помощи, эффективности реабилитационных, профилактических и коррекционных программ.

Для обеспечения единых методологических подходов к диагностике, создания ранней мультидисциплинарной и комплексной модели оказания помощи в республике детям с РАС, которые будут способствовать развитию у ребенка коммуникативных, сенсорных, интеллектуальных возможностей, позволяющих снизить раннюю инвалидизацию, Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 МЗ РБ разработала ведомственную целевую программу Минздрава РБ «Развитие лечебно-реабилитационной помощи детям с расстройствами аутистического спектра в Республике Башкортостан на 2016-2018 годы». В процессе подготовки Программы, приказом Минздрава был утвержден «Лист маршрутизации детей и подростков до 17 лет включительно с психическими расстройствами аутистического спектра», в детском отделении больницы был внедрен психоакустический метод коррекции детей с РАС А. Томатиса с помощью аудиосистемы RuListen. Одно из основных мероприятий реализации Программы – необходимость внедрения скрининговых исследований с помощью модифицированных скрининговых тестов на аутизм в процессе проведения диспансеризации детского населения республики.

СУБЪЕКТНЫЙ СОСТАВ ПРАВООТНОШЕНИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФОРМАЦИИ, СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Ахмерова С.Г., Тер-Израелян А.Ю., Панюкова И.А., Загатина Ю.В., Федин Э.Е.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа,
ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России,
г. Москва, ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 ДЗ г. Москвы»

dr-fedin@mail.ru, profmedpb13@mail.ru

Круг лиц, которые могут получать и использовать информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия гражданина, в том числе после его смерти, или его законного представителя, установлен ч.2 и ч.4 ст.13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». По смыслу статьи - это только юридические лица. Определенный названной статьёй субъектный состав правоотношений при использовании информации, составляющей врачебную тайну, нельзя считать исчерпывающим, так как он исключает лиц, установленных другими нормативными правовыми актами.

Учитывая, что на информацию, составляющую врачебную тайну, распространяются правила, применяемые к вещному и, таким образом, и наследственному праву, субъектами правоотношений при использовании названной информации, являются также лица, призываемые к наследованию в порядке, предусмотренном ст.1142-1145 ГК РФ и 1148 ГК РФ, а также лица, указанные в завещательном отказе или возложении, в соответствии со ст.1137 и ст.1139 ГК РФ. Такие лица могут быть физическими и юридическими.

В соответствии с п.2 ч.1 ст.6 Федерального закона «О персональных данных» также имеют право получать и использовать информацию, составляющую врачебную тайну, стороны договорных правоотношений, в которой одной из сторон может являться умершее лицо, заключившее названный договор в пользу третьих лиц, как физических, так и юридических (например, договор страхования, страховым случаем в котором в том числе указана смерть застрахованного, а получателем страховой суммы указано конкретное лицо, либо, в отсутствие такового, наследники, и, в любом случае, страховая организация).

Таким образом, субъектный состав правоотношений, при использовании сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина, в том числе после его смерти, включает физические и юридические лица, определяемые как наследственным правом, так и договорными правоотношениями.

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Ахметова Л.Ш., Яхин К.К., Малыгина Т.А.

ГБОУ ВПО «Казанский Государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева», г. Казань
akhmetova.lil@yandex.ru

Актуальность исследования обусловлена необходимостью улучшения выявления предикторов эффективности лечения больных шизофренией.

Цель исследования: выявление предикторов эффективности лечения.

Материалы и методы: истории болезни больных шизофренией, получавших лечение в стационаре первого психотического эпизода, архивная база данных; методы: клинко-психопатологический, клинко-статистический.

Результаты. Сплошным не выборочным методом были изучены архивные истории болезней больных, впервые поступивших в отделение первого психотического эпизода РКПБ г. Казани в период с 2005 по 2010 гг., которым была диагностирована шизофрения - 100 человек (50 мужчин, 50 женщин). Средний возраст впервые госпитализированных мужчин - 22 года, женщин - 32 года. Большая часть изученного контингента (97% из 100 чел.) страдают параноидной формой шизофрении; 47% больных – с непрерывным типом течения, 43% - имеют эпизодический тип течения с нарастающим и 1% со стабильным дефектом. У 9% больных тип течения не установлен, в связи с периодом наблюдения менее года. С целью анализа влияния биологических и социально-психологических факторов на прогноз заболевания было выделено 2 группы больных: с благоприятным исходом, т.е. сохранивших социальный статус и имеющих минимальные эмоционально-волевые расстройства без активной психопатологической симптоматики (1 гр., 46 чел.- 46%) и с относительно неблагоприятным исходом заболевания (2 гр., 54 чел. - 54%), имеющих значительные эмоционально-волевые расстройства и изменения личности, нередко с остаточной психопатологической симптоматикой и нарушением социальной адаптации. 68% больным из 2 группы установлена инвалидность в среднем через 2 года от момента первой госпитализации. В группе пациентов с благоприятным исходом заболевания преобладал эпизодический тип течения (выявлен в 83% случаев), а в другой - непрерывный тип течения (в 75% случаев). Структуру манифестного психотического приступа составили аффективно-бредовый (80% в первой и 15% во второй; $p < 0,05$), галлюцинаторно-бредовый (10% в первой и 66% во второй группе; $p < 0,05$), полиморфный варианты (6% в первой группе). Выявлена меньшая наследственная отягощенность в группе с благоприятным исходом (20% - в первой, 39% - во второй группе; $p < 0,05$). В группе с неблагоприятным исходом чаще (на 10%) обнаруживались преморбидные особенности характера, наиболее часто шизоидный (22 из 54 чел.; 41%), возбудимый (7 из 54 чел.; 12%), а также тревожно мнительный (1%), гипертимный (2%) и истерический тип (3%) акцентуации характера. Также наблюдался более короткий продромальный период и преимущественно острое начало психоза в группе с неблагоприятным исходом. К моменту поступления в стационар в этой группе у 59% пациентов выявлялось нарушение социального функционирования: 32 из 54 чел. находились на иждивении у членов семей ($p < 0,05$). По данным пятилетнего катамнеза, частота госпитализаций в группе с неблагоприятным прогнозом в 2,3 раз выше, чем в группе с благоприятным ($p < 0,05$). Достоверной разницы в лечении типичными и атипичными нейролептиками, которые назначались с равной частотой в обеих группах, не выявлено.

Таким образом, результаты лечения во многом определяются биологическими, клиническими и социально-психологическими факторами, оказывающими большее влияние на прогноз заболевания, чем применяемые психофармакологические интервенции.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Бадретдинов Р.М., Губин В.В., Рисберг И.В., Мустафина Ф.Р.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа
rpbmzrb@mail.ru

Известно, что порядка трети обращений к участковому терапевту несут в структуре заболевания психосоматическую составляющую. В то же время, недостаточно дифференцированная и целенаправленная терапия психических нарушений врачами-интернистами способствует широкому и необоснованному применению ими транквилизаторов и барбитурат содержащих седативных препаратов - от антидепрессантов в необоснованно больших количествах при лечении невротических паттернов климактерического периода до анксиолитиков в некорректной дозе и без учета векторной направленности препаратов при аффективных состояниях. Ранее принятая схема назначения психотропных средств только врачами узкого профиля (психиатры, психотерапевты) в настоящее время трансформировалась в связи с организационными преобразованиями. Так, например, в рамках медицинского страхования оплата страхового случая снижается при перенаправлении врачом-интернистом пациента к узкопрофильному консультанту. С другой стороны, влияют «маркетинговые» усилия представителей фармацевтических компаний, выпускающих психотропный ряд препаратов и, разумеется, заинтересованных в расширении перечня специальностей, назначающих подобные препараты.

Ранее рядом авторов неоднократно указывалось о необходимости активизировать взаимодействие между врачами-интернистами, работающими в условиях первичной медико-санитарной помощи, и специалистами по психическому здоровью. В период с 2011 по 2016 гг. включительно велась работа по методическому взаимодействию с врачами общей практики, проводились семинары, тренинги, выступления на региональных конференциях и т.д. Но как показала практика, при увеличении потока слушателей качество лечебных мероприятий осталось на крайне низком уровне. Это объясняется тем, что на выступлениях гораздо больший интерес и вопросы слушателей вызывает не фармакотерапия, а психологические составляющие.

По результатам исследования М.В. Кузнецовой и А.Е. Боброва в практической медицине сложились три модели оказания психотерапевтической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами: централизованная (центры, диспансеры), распределенная (кабинеты в поликлиниках) и включенная (комплексная, бригадная форма). Учитывая, что участковые поликлиники не могут контролировать уровень профессионализма специалиста, более логичным представляется модель выделения выездных консультативных дней для специалистов диспансерных психоневрологических отделений. В связи с вышеизложенным, следует расширить доступность психотерапевтической помощи в участковых поликлиниках, обеспечить методическое взаимодействие психотерапевтов с врачами общесоматической сети, включить в стандарты оказания медицинской помощи при соматической патологии (с риском декомпенсации невротического генеза) необходимость консультаций и лечения у врача-психотерапевта.

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ И РОДСТВЕННИКАМ ПОГИБШИХ НА ШАХТЕ «СЕВЕРНАЯ»

Байбородов Ю.А.¹, Бедина И.А.², Зиньковский В.В.³

¹ ВМООЗ ГКУ РК «Центр обеспечения деятельности Министерства здравоохранения Республики Коми», г. Воркута,

²ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,

³ГБУЗ РК «Ухтинская психиатрическая больница», г. Ухта
gulpp@list.ru, ibedina@mail.ru, ugpb@inbox.ru

В г. Воркуте на шахте «Северная» в результате трех взрывов с 25 по 28 февраля 2016 г. погибли 36 человек, еще 14 были ранены. В рамках проводимых мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации была разработана система мероприятий по оказанию медико-психологической помощи пострадавшим и родственникам погибших.

В первую очередь с целью профилактики развития постстрессовых расстройств и выявления возможных суицидальных тенденций проводился мониторинг психического состояния пострадавших в г. Воркута. Были организованы подворовые обходы врачами-психиатрами членов семей шахтеров, в том числе погибших. Принимая во внимание то, что адреса фактического проживания некоторых родственников шахтеров не соответствовали адресам, указанным в списках, предоставленных руководством АО «Воркутауголь», врачам было предложено придерживаться следующей схемы: звонок на мобильный телефон родственника шахтера; уточнение фактического адреса его проживания; согласование времени визита врача; формирование и выезд специализированной бригады. При оценке психического состояния родственников погибших были выявлены психогенно обусловленные расстройства непереносимого уровня различной степени выраженности. В случае необходимости оказывалась комплексная психофармакологическая, психотерапевтическая, психокоррекционная помощь. Родственникам пострадавших и погибших во время визита предоставлялись памятки, содержащие информацию о телефоне «Горячая линия», контактных телефонах, адресах и режиме работы медицинских учреждений, психотерапевтических кабинетов, оказывающих долгосрочную безвозмездную специализированную помощь. Проводилась разъяснительная работа о возможности развития на отдаленном этапе ЧС психосоматических расстройств, предлагался алгоритм действий в данной ситуации. Создано 5 выездных бригад: 3 бригады в г. Воркута, 1 бригада в п. Северный, 1 бригада в п. Воргашор.

Следует отметить, что в г. Воркута было организовано консультирование по телефону «Горячая линия», который работал с первых часов аварии в круглосуточном режиме. Кроме того, для оказания очной медико-психологической помощи пострадавшим, их родственникам и населению г. Воркута в целом, были развернуты 5 кабинетов специализированной помощи на базе городских медицинских учреждений. Информация о режиме работы кабинетов была представлена в местных средствах массовой информации. С целью предупреждения агрессивных тенденций и возможного индукцирования среди родственников погибших, осуществлялось психологическое сопровождение собраний и ритуальных мероприятий (прощание с погибшими).

Разработанная система мероприятий позволила в кратчайшие сроки провести оценку психического состояния пострадавших и родственников погибших, что позволило выявить лиц, находящихся в группе риска возникновения пролонгированных постстрессовых реакций и, следовательно, нуждающихся в динамическом наблюдении. Кроме того, результаты проведенной работы позволили обеспечить пострадавших доступной, оптимальной, квалифицированной медико-психологической помощью.

СОЦИАЛЬНЫЕ МЕДИА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Байков И.Р.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа
ilgizon89@rambler.ru

Суицид на сегодняшний день стал острой и социально значимой проблемой человечества. Согласно данным Росстата с января по октябрь 2015 г. число самоубийств составило 21,3 тыс.

человек. И хотя, на первый взгляд, отношение общества к суицидам резко негативное, но в социальных медиа (социальные формы коммуникации посредством интернета) можно найти вполне неоднозначное преподнесение самоубийства с элементами его пропаганды, а иногда и подробных инструкций для его совершения. Суицидальное поведение включает себя очень специфическое мышление, когда личность может «вынашивать» и формировать в себе суицидальные тенденции, делясь либо черпая информацию в социальных сетях, форумах, блогах и поисковых запросах. Примечательно, что даже в таких вопросах личность пытается найти «себе подобных» и оправдать либо опровергнуть свои мотивы.

Целью исследования явился анализ влияния социальных медиа на рост числа самоубийств.

В рамках исследования был проведен анализ интереса пользователей к теме суицида в Интернете. Для этого использовался сервис Яндекса «Яндекс вордстат», отображающий статистику запросов за месяц по России в наиболее популярных поисковых системах Рунета (Яндекс, Мейл, Рамблер, Гугл). Был введен запрос «Хочу умереть». В ответ на запрос система выдала 20537 показов за месяц март 2016 г; на запрос «хочу покончить жизнь самоубийством» - 700 показов за март 2016 г: на запрос «способы умереть» - 9487 показов за март 2016 г. При подробном анализе сайтов по этим запросам в поисковых системах Яндекс и Гугл выявлено что сайты на первых двух-трех страницах направлены не на преодоление суицида, а на агитацию, а на первой странице Гугл даже автоматически выдается телефонный номер горячей линии при кризисных состояниях. Но на последующих страницах встречаются сайты с завуалированной литературной красотой самоубийства с яркими красочными картинками и музыкальными произведениями («МС Малой - Буду Погибать Молодым» и т.п.), что может подтолкнуть суицидента к суицидальному акту. Ситуация в поисковых системах «Мейл» и «Рамблер» происходила с выдачей тех же сайтов и практически одинакова. Однако все-таки отмечается положительная тенденция в России по запрету пропаганды суицида в социальных медиа. Важную роль в этом сыграли изменения, вступившие в силу 1 ноября 2012 г в Федеральном законе «Об информации, информационных технологиях и защите информации», которые предусматривают введение реестра запрещенных сайтов и уже на сегодняшний день было заблокировано 1,8 тыс. сайтов, пропагандирующих суицид. Но к сожалению, пока сохраняются возможности распространять сайты подобной тематики через программные (обход блокировки сайта), нетекстовые визуальные методы и т.д.

Таким образом, социальные медиа могут выступать как провокаторы суицида посредством его пропаганды. Но важно заметить, что это лишь одна сторона. Связь между самоубийством и социальными медиа не является исключительно негативной и может нести противоположную цель. А учитывая, что не всегда суицидент обращается за помощью к специалистам, это может даже облегчить процесс профилактики суицидальных тенденций посредством положительного дистанционного влияния через сайты, форумы, блоги и т.д. Безусловно, этот вопрос требует более тщательного и обширного изучения, для того чтобы понять, каким образом социальные медиа могут быть использованы для предотвращения самоубийств.

НАЛИЧИЕ ВЕРЫ В БОГА И АУТОАГРЕССИВНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ

Байкова М.А., Меринов А.В., Лукашук А.В.

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

Минздрава России, г. Рязань

merinovalex@gmail.ru

История религии в нашей стране сложна и терниста, тем не менее, по различным оценкам и критериям, количество православных в России составляет 70% - 80%. В европейско-христианской традиции вера постулирует особую связь человека с Всевышним, а также переживание этой связи, основанной на субъективном опыте, который может оказывать влияние на все стороны человеческой жизни и личности.

Целью исследования было выяснить, способна ли вера в Бога защитить человека от суицидального поведения и его несуйцидальных эквивалентов, наличие или отсутствие гендерных различий для более детального изучения антивитаальных феноменов.

Материалы и методы. Было обследовано 847 человек методом анкетирования (из них 669 составили девушки, 178 – юноши), неверующих из них было 112 человек (63 девушки и 49 юношей).

Было проведено три серии сравнений: первая - без учета гендерного разделения; следующие две составили верующие и неверующие девушки и юноши (ВД и НВД, ВЮ и НВЮ соответственно). Обследованные респонденты были сопоставимы по основным социально-демографическим, возрастным показателям внутри групп. Статистический анализ и обработка данных проводились с использованием компьютерных программ с применением параметрических и непараметрических методов математической статистики.

Результаты. В ходе исследования было выяснено: наличие веры в Бога защищает верующих от суицидальных мыслей в прошлом и настоящем, которые при отсутствии веры обладают большей токсичностью. При этом основной антивитальный потенциал среди неверующих несут НВЮ; у неверующих респондентов отсутствие страхов смерти, темноты в детстве сочетается с такими предикторами антивитального поведения, как длительное переживание чувства одиночества, отсутствие четкого представления о смысле жизни. Для НВЮ и НВД в полной мере характерно все вышеперечисленное, также в группе НВЮ отмечается в 2 раза более низкое число долгожителей в роду, среди НВД более чем в 2 раза выше процент девушек, у которых родственник страдает психическим заболеванием.

В отношении значимых несуйцидальных аутоагрессивных паттернов отмечено, что во всех группах они представлены соматическим направлением, а также разного рода аддиктивным поведением, среди которого наибольшего внимания заслуживает более высокий риск существования или формирования алкогольной зависимости среди неверующих респондентов. Так же все группы характеризуют высокие показатели ауто- и гетероагрессивности; при этом привычными защитными механизмами для неверующих являются «вытеснение», «замещение» и «интеллектуализация»; их сценарный профиль содержит такие послания как «Не принадлежи», «Не будь близок».

Таким образом, можно сказать, что наличие веры в Бога является провитальным феноменом, ее отсутствие плотно ассоциировано с различными антивитальными паттернами поведения и их предикторами в прошлом и настоящем, а также с высоким риском формирования аддиктивного поведения.

ПРОГРАММА ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ФАС

Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Волкова Е.Н., Цветкова Е.Н.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург,

Центр наук о здоровье Университета Оклахомы (США)

gisurina@yandex.ru

Фетальный алкогольный синдром (ФАС) является одним из наиболее серьезных возможных последствий употребления алкоголя женщиной во время беременности. Разработка программы профилактики ФАС осуществлялась на основе современных методологических подходов к созданию профилактических программ в области здоровья и включала три этапа исследований: «формативное» исследование, разработка вмешательства и его тестирование, эмпирическая проверка действенности программы.

Результаты исследования 650 женщин детородного возраста показали, что уровень потребления алкоголя является довольно высоким, женщины не обладают необходимой информацией о негативном влиянии алкоголя на плод и не имеют запрещающих установок в отношении употребления алкоголя во время беременности: 89% небеременных женщин употребляют алкоголь; 65% женщин сообщают о массивном употреблении алкоголя хотя бы один раз за 3 месяца; у женщин, планирующих и не планирующих беременность, уровень потребления алкоголя не различается; 20% женщин продолжают периодически употреблять алкоголь после того, как беременность была идентифицирована. В группу риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, попадают около 40% исследованной выборки. Были выявлены наиболее значимые источники информации, которые могли бы повлиять на прекращение употребления алкоголя во время беременности – мнение врача-гинеколога и научно-обоснованная информация, представленная в доступной форме. Анализ информационных материалов в женских консультациях выявил отсутствие целенаправленной информации о влиянии алкоголя на плод и возможных негативных последствиях для ребенка. Результаты исследования также показали, что врачи-гинекологи не уделяют должного внимания проблеме употребления алкоголя женщинами. Эти результаты и определили основные

компоненты профилактической программы. Были разработаны информационные брошюры для женщин с позитивными и негативными визуальными образами, которые прошли рандомизированное контролируемое испытание с участием 420 женщин. Также были созданы и протестированы (выборка – 127 чел.) учебные модули для врачей, которые в практической части были направлены на формирование навыков краткосрочного вмешательства.

Основной целью разработанного вмешательства является предотвращение воздействия алкоголя на плод. Процесс краткосрочного вмешательства включает оценку ситуации и планов женщины в отношении беременности, скрининг на употребление алкоголя, предоставление информации о влиянии алкоголя на плод, предоставления обратной связи в отношении риска воздействия алкоголя во время беременности, оценку готовности изменить поведение, связанное с употреблением алкоголя, помощь в определении цели, обсуждение способов ее достижения и возможных препятствий, поддержку и прослеживание изменений поведения, связанного с употреблением алкоголя. Было проведено рандомизированное контролируемое клиническое испытание, направленное на оценку действенности предложенного краткосрочного вмешательства, которое подтвердило эффективность разработанной программы профилактики ФАС.

МЕХАНИЗМЫ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Банников Г.С., Федунина Н.Ю. Павлова Т.С., Летова А.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

bannikov68@mail.ru

ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет»,
Центр экстренной психологической помощи, г. Москва

Самоповреждающее поведение (СП) является одной из центральных проблем психического здоровья в подростковом возрасте и рассматривается как основной фактор риска суицида. Однако в большинстве случаев эпизоды СП не получают должного внимания. Результаты существующих исследований показывают сложную природу этого явления, что делает особенно актуальным и перспективным типологический анализ и выявление механизмов СП.

Материалы и методы. Проведен скрининг 500 подростков (7-11 классы) на выявление признаков социально-психологической дезадаптации, куда входил вопрос о самоповреждающем поведении (PDQ-IV). 125 подростков (25%) отметили, что имели СП в истории жизни, в основном в 7-х – 8-х классах. Средний возраст 14,5 лет. Из них 75% составили подростки женского пола, 25% мужского. В истории жизни в 100% отсутствовали СП с намерением лишить себя жизни.

Результаты. На основании клинического обследования 70 подростков с СП выделены 3 наиболее распространенные механизма. Проанализированы их различия по клинической картине, динамике развития, мотивам, личностным особенностям подростков и отношению к своим действиям.

1. Острый стрессовый механизм СП (20%) развивающийся на фоне непереносимой жизненной ситуации. Подтипы:

1.1. Аффективный, импульсивный (5%) с переживаниями отчаяния, безысходности, душевной боли, явлениями деперсонализации-дереализации. СП как снятие невыносимого напряжения, с последующим раскаянием в содеянном.

1.2. Аффективно продуманный (15%) с переживаниями подавленности, гнева, планируемый заранее, с мотивом протеста или мести. Возможен риск смертельного исхода из-за недооценки тяжести от последствий выбранного способа.

2. Депрессивный механизм СП (45%) развивающийся на фоне сниженного настроения.

2.1. Аффективно импульсивный, как реакция на внезапное беспричинное изменение в психическом состоянии (10%). Смешанный аффект, с телесными сенсациями, страхом сумасшествия и боязнью рассказать кому-то о своем состоянии, приводят подростка к СП с целью облегчения своего психического состояния. Как правило, ищут помощи, сочувствия.

2.2. Аффективно продуманный (30%) на фоне дистимии, заниженной самооценки, неуверенности, совершаются разнообразные способы СП, основная цель которых, доказать себе и окружающим свою состоятельность. СП часто носит обсессивно-компульсивный характер. Отношение к СП двойственное в зависимости от мнения окружающих, разочарование сменяется чувством гордости за себя.

3. Психопатоподобный механизм СП (35%) связанный с акцентуациями пограничного и нарциссического типов.

3.1. Аффективно импульсивный СП (5%) развивается в ситуациях нарциссического кризиса, связанного с реальным или мнимым обесцениванием грандиозного Я в состоянии аффективно суженного сознания, переживаниями ненависти к себе и окружающим. Мотив – «возвращение в реальность», месть.

3.2. Аффективно продуманный (демонстративно-шантажный) СП (30%) совершается с целью показать свою исключительность, манипулирования окружающими, создания вокруг себя ореола «почитания».

Понимание механизмов развития СП по клинической картине, мотивам, динамике развития, личностным особенностям подростков, отношению к своим действиям, взаимодействия со значимыми другими необходимо учитывать при разработке более специализированных программ первичной и вторичной профилактики СП в образовательных организациях.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Баранов М.Л.¹, Джангильдин Ю.Т.²

¹Главный военный клинический госпиталь Внутренних Войск МВД России, г. Балашиха
maks-med@mail.ru

²ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», г. Москва
cerebra@inbox.ru

В настоящее время существует большое количество работ отечественных и зарубежных исследователей, посвященных изучению эффективности психотерапевтического лечения тревожно-депрессивных расстройств при гипертонической болезни (ГБ). Одним из методов, обладающих наибольшей доказательной базой, является когнитивная терапия (КТ). Однако сама теория когнитивной терапии достаточно сложна и громоздка для применения в клинической практике, в связи с чем нуждается в адаптации к конкретному спектру психопатологических расстройств в направлении дифференцированного индивидуально-личностного подхода.

Цель исследования: разработать дифференцированную индивидуально-типологическую когнитивную модель психотерапевтической помощи, адаптированную для применения в стационарных условиях для больных тревожно-депрессивными расстройствами при ГБ.

Материалы и методы: обследовано 102 пациента с расстройствами аффективного спектра, страдающих ГБ I и II стадий. К основной группе (62 человека) применялся адаптированный вариант КТ с психофармакотерапией. Пациенты контрольной группы (40 человек) получали только психофармакотерапию. Методы: шкала тревоги Спилбергера-Ханина, Торронтская шкала алекситимии, госпитальная шкала тревоги и депрессии, копинг-тест Лазаруса, SF-36 (опросник качества жизни).

Результаты. Психотерапевтическое вмешательство проводилось методом специально адаптированной когнитивной терапии, дополненной техниками когнитивной гипнотерапии, по одинаковой схеме в индивидуальном и групповом форматах. В качестве мишеней психотерапевтического воздействия рассматривались когнитивные дисфункциональные схемы, составляющие основу избыточно используемых стратегий совладания со стрессом, а так же аффективных расстройств у пациентов с различной личностно-типологической картиной. Разработка дифференцированной когнитивной терапии основывалась на выявлении базовых личностно-типологических свойств, влияющих на тот или иной выбор стратегий преодоления. Так, содержанием дисфункциональных схем тревожно-мнительных пациентов были когниции о необходимости поддержки со стороны более сильных партнеров, у личностей истероидного типа наряду с представлением о собственной неадекватности отмечалась убежденность о необходимости быть всеми любимым. Педантичные личности были фиксированы на теме глобального контроля.

Выявленные дисфункциональные мысли и убеждения подвергались переформулированию в более конструктивные и адаптивные. Критерием эффективности разработанного варианта КТ была более значимая в сравнении с контрольной группой положительная динамика основных клинико-психологических параметров, а также показателей качества жизни, отражающих психоэмоциональный

и физический компоненты здоровья. Таким образом, разработка и применение адаптированного варианта КТ в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ГБ, позволяет сократить восстановительный период и улучшить прогноз данной категории больных, проходящих лечение в условиях многопрофильного стационара.

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА ПОДРОСТКОВ-СЕВЕРЯН, СКЛОННЫХ К УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ

Бартош Т.П.

Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН, г. Магадан

tabart@rambler.ru

В подростковый период происходит становление характера, формируется большинство характерологических типов. Возраст подростка относится к группе риска по приобщению к потреблению психоактивных веществ (ПАВ). На формирование пристрастия к ПАВ оказывает влияние свойственная подростковому возрасту повышенная возбудимость, агрессивность, склонность к риску, эмоциональная незрелость, нетерпимость. Литературные данные свидетельствуют об особенностях формирования аддиктивной патологии, клинико-динамического течения алкоголизма в различных этнических группах северных народов.

Цель исследования – определить особенности акцентуаций характера у мальчиков-подростков разных этносов, проживающих в Магаданской области, склонных к употреблению алкоголя. Всего было обследовано 163 мальчика 14-17 лет. Первую группу обследуемых составили 64 мальчика из числа коренных малочисленных северных народов (коряки и эвены), проживающих в п. Эвенск Магаданской области. Вторую группу обследуемых составили 99 мальчиков, уроженцев Севера в 1-2-м поколении из числа европеоидов, обучающихся в гимназии и лицее г. Магадана.

Обследуемые школьники были разделены на склонных и не склонных к употреблению алкоголя на основании Мичиганского скрининг-теста для подростков «Есть ли проблемы с наркотиками и алкоголем». Для определения типов акцентуаций характера применялся характерологический опросник Шмишека - Леонгарда. Статистическая обработка данных проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ Excel-97 и Statistika-6.

Анализ данных показал, что подростки из числа коренных малочисленных народов Севера, склонные к употреблению алкоголя, по сравнению со сверстниками своей этнической группы, не склонных к употреблению алкоголя, имели достоверные ($p < 0,05$) различия по двум типам акцентуаций: менее выраженные черты педантичного и тревожного типов характера. Мальчики-европеоиды, склонные к употреблению алкоголя, в отличие от сверстников своей группы, не склонных к употреблению алкоголя, имели значимые различия ($p < 0,05$) уже по пяти типам акцентуаций: более выраженные черты гипертимного, эмотивного, циклотимического, возбудимого и экзальтированного характера. Сравнительный анализ между этносами склонными к употреблению ПАВ показал, что уроженцы-европеоиды чаще, чем аборигены, демонстрировали черты тревожного и демонстративного типов характера. Не склонные к употреблению алкоголя подростки северных народов чаще демонстрировали черты гипертимного, эмотивного, педантичного, возбудимого и экзальтированного типов характера по сравнению с уроженцами Магадана.

Проведенное исследование показало, что подростки из числа коренных малочисленных северных народов и уроженцев-европеоидов, родившихся и проживающих в г. Магадане, не склонные к употреблению ПАВ, имеют больше межгрупповых этнических различий в проявлениях типов акцентуаций, чем склонные к употреблению ПАВ. В связи с этим, психопрофилактические мероприятия должны включать дифференцированный подход по отношению к детям-северянам различных этнических групп.

РАННИЙ ПОСТСУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Баурова Н.Н., Днов К.В., Рутковская Н.Н.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

konstantindnov@yandex.ru

Большинством авторов отмечается существенное увеличение риска повторных суицидальных действий у лиц ранее совершавших суицидальные попытки. Известно, что суицидальный риск среди больных, состоящих на учёте в психоневрологических диспансерах в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц. При этом депрессивный синдром является наиболее суицидоопасным среди всех психопатологических синдромов.

Целью исследования явилось изучение особенностей пациентов психиатрического стационара, для определения факторов, влияющих на формирование раннего постсуицидального периода.

Материалы и методы. Обследовано 139 человек (64 мужчины и 75 женщин), проходивших лечение в психиатрической больнице после совершения суицидальной попытки. Средний возраст пациентов составил $46,5 \pm 10,5$ лет. Учитывая значительные отличия суицидального поведения у лиц с процессуальными психическими заболеваниями, такие пациенты в группу обследования не входили. Распределение обследуемых по типам постсуицидального периода проводилось в соответствии с типологией, предложенной А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко. Работа проводилась с позиций многоосевой диагностики. Нами определялась общая выраженность психопатологической симптоматики по шкале обобщенной оценки функционирования (GAFS) на момент поступления и выписки, выраженность депрессивной симптоматики с помощью шкалы Гамильтона (HAM-D) при поступлении и на момент выписки, а также уровень социальной адаптации (Рустанович А.В., Фролов Б.В.).

Результаты. Наибольшая выраженность депрессивных симптомов (HAM-D) при поступлении наблюдалась у лиц с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода ($16,67 \pm 1,08$). При этом на момент выписки выраженность депрессивной симптоматики при различных типах постсуицидального периода значимо не отличалась. Схожая картина отмечалась и в отношении общей выраженности психопатологической симптоматики (GAFS). Данный показатель в группе пациентов с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода при поступлении ($6,50 \pm 0,71$) был достоверно меньше, чем в группах пациентов с критическим ($11,22 \pm 1,25$) ($p < 0,01$) и манипулятивным ($21,97 \pm 2,18$) ($p < 0,05$) типами постсуицидального периода. На момент выписки показатели общей выраженности психопатологической симптоматики в различных группах значимо не различались. При изучении уровня социальной адаптации у обследованных пациентов с разными типами постсуицидального периода значимых различий также выявлено не было. Особо следует отметить, что хотя наименьшая выраженность, как депрессивных нарушений (HAM-D), так и психопатологической симптоматики (GAFS) отмечалась в группе пациентов с манипулятивным типом постсуицидального периода, в этой группе многократные суицидальные попытки встречались наиболее часто (36,8%, $n=14$).

Таким образом, несмотря на отсутствие истинных суицидальных намерений, лица с манипулятивным типом постсуицидального периода требуют повышенного внимания психиатрической службы.

ПОДГОТОВКА КАДРОВ ДЛЯ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ ДУШЕВНОБОЛЬНОГО РЕБЕНКА – ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бebчук М.А.

ГБОУ ВПО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»

Минздрава России, г. Москва

bebtschuk@familyland.ru

Многие отечественные и зарубежные авторы отмечают влияние семейных факторов на этиопатогенез и динамику психических расстройств детского возраста. Исследования последних десятилетий убедительно свидетельствуют о необходимости включения родителей на всех этапах оказания медицинской помощи детям и об эффективности подходов, центрированных на семье. Результаты опросов показывают, что, с одной стороны, родители больных детей имеют невысокий

уровень доверия медицинским работникам, и в результате лишь 55% родителей выполняют рекомендации врачей, а, с другой, - члены семьи чаще, чем это происходит в реальности, хотят большего участия и вовлечения в коррекцию и помощь своему ребенку. Исследования (фокус-группы) свидетельствуют, что родителям важны доступность семейно-ориентированной помощи с уважением потребностей детей и ценностей семьи; эмоциональная поддержка от специалистов; преемственность оказываемых услуг; обучение обхождению с больным ребенком.

В 2015 г. были опрошены 100 родителей, впервые госпитализирующие детей в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗ г. Москвы. Семьи детей с психическими расстройствами и нарушениями поведения ожидают от специалистов детального информирования о состоянии ребенка, диагнозе и прогнозе заболевания и неформального согласования с ними плана лечения. Родители психически больного ребенка нуждаются в помощи по улучшению взаимодействия в семье и оптимизации воспитательных усилий с обучением коррекционным приемам для продолжения занятий и создания развивающей среды в домашних условиях.

Какой специалист может удовлетворить потребности семьи в обучении, а также обеспечить повышение уровня семейного функционирования и формирование ответственной позиции сотрудничества родственников душевнобольного ребенка между собой и со специалистами? Кто может координировать деятельность полипрофессиональной команды и обеспечить преемственность помощи? Одним из препятствий на пути реализации качественной помощи детям с опорой на ресурсы семьи является кадровый дефицит специалистов, умеющих работать с родителями или законными представителями ребенка.

Федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования (2010, 2015 гг.) по специальности «Педиатрия» и стандарт подготовки психиатров в ординатуре не предусматривают формирование компетенций в отношении психологической грамотности и психологических навыков врача-педиатра и врача-психиатра в контакте с родителями душевнобольного ребенка. Маловероятно, что и в дальнейшем лечащий врач (детский психиатр) или администрация медицинской организации, не имея достаточных знаний и не считая работу с семьей приоритетной в обеспечении качества медицинской помощи, смогут организовать деятельность смежных специалистов по сопровождению семьи или назначить семейное психологическое консультирование (А13.29.006.003) и школу психологической профилактики для родственников (В04.069.001), предусмотренные номенклатурой медицинских услуг (2011 г.).

Таким образом, в образовательные программы высшего профессионального образования и программы повышения квалификации целесообразно дифференцированно включить вопросы психологии семьи больного ребенка и прикладные аспекты консультирования родителей психически больных детей не только при подготовке врачей-педиатров и психиатров, но и среднего медицинского персонала и организаторов здравоохранения.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДСТВЕННИКАМ ПОГИБШИХ В АВИКАТАСТРОФАХ

Бедина И.А., Шпорт С.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

ibedina@mail.ru, svshport@mail.ru

Собственный многолетний опыт участия в ликвидации медико-санитарных последствий авиакатастроф показал высокую эффективность оказываемой родственникам погибших медико-психологической помощи при условии тесного взаимодействия и четкого распределения полномочий специалистов: следственного комитета, психолого-психиатрической и судебно-медицинской служб. Большое влияние на психическое состояние индивида может оказывать информация о причинах и последствиях трагедии, в связи с чем, следует, как можно раньше устанавливать взаимодействие с представителями средств массовой информации для обсуждения предпочтительной формы освещения подробностей случившегося.

Основной задачей психолого-психиатрических служб является организация квалифицированной лечебно-диагностической, лечебно-профилактической помощи родственникам

погибших, а также оказание методической помощи специалистам, участвующим в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Специализированная помощь родственникам должна осуществляться:

1. В местах их пребывания/ размещения: динамическое наблюдение и оценка психического и соматического состояния; информирование о возможности получения специализированной и другой медицинской помощи.

2. Во время проведения следственных мероприятий (допроса и оформления протокола с целью признания родственника потерпевшим): определение способности/ возможности обследуемого лица к продуктивному участию в следственных действиях (на основании изучения его актуального психического состояния); помощь в подготовке карты особых примет, необходимой для повышения вероятности результативного опознания тел погибших.

3. При проведении процедуры идентификации и последующей выдаче тел погибших: предупреждение у родственников, участвующих в процедуре, взаимной индукции, возможных поведенческих реакций, сужения фокуса внимания и т.п. Следует отметить, что идентификация тел членов экипажа проводится отдельно от родственников пассажиров во избежание агрессивных действий, направленных на поиск и наказание виновных. Процедура опознания оказывает мощное стрессогенное воздействие на человека. В тех случаях, когда налицо признаки «ложного» опознания, необходимо через сопровождающих лиц убедить родственников прервать процедуру идентификации и возобновить ее только в случае эффективности последующей психотерапевтической беседы. На этом этапе факторами, оказывающими значимое влияние на динамику стрессовых расстройств у родственников погибших, являются: сроки проведения и длительность ожидания процедуры опознания, а также состояние (сохранность) тел, подлежащих идентификации.

4. Во время проведения массовых мероприятий (общих собраний родственников погибших; их встреч с представителями ведомств, участвующих в ликвидации последствий чрезвычайной ситуации; коллективных ритуальных мероприятий - панихида, процедура погребения): выявление и предупреждение агрессивных тенденций, а также возможных индукций среди родственников погибших.

В целом взаимодействие специалистов различных ведомств в вопросах организации помощи, в том числе медико-психологической, родственникам погибших в авиакатастрофе позволяет более адекватно использовать кадровые ресурсы и обеспечить необходимый уровень качества проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

СТРУКТУРА ОБРАЩЕНИЙ В СЛУЖБУ «ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ» ВНЕ ЗНАЧИМЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Бедина И.А., Алкеева-Костычева Е.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
alkeevkostycheva@mail.ru

В настоящее время возрастает число кризисных ситуаций, оказывающих влияние, как на психику отдельного человека, так и на психосоматическое здоровье отдельных групп населения, приводящих к росту психической напряженности в обществе. Дестабилизирующее влияние на психическое состояние людей оказывают чрезвычайные ситуации (ЧС) природного и техногенного характера, террористические акты, экономический кризис. Травматическая ситуация может возникнуть не только в результате масштабной ЧС, но и вследствие исключительно сильного, выходящего за рамки повседневного личного опыта, стрессового события, когда происходящие значительные изменения в жизни индивида приводят к постоянному психологическому дистрессу. Растущее количество депрессий и стрессовых расстройств диктует настоятельную необходимость поиска и разработки дополнительных форм помощи - в том числе неотложной, одной из важных звеньев которой является оказание помощи по телефону «Горячая линия». Основной задачей службы «Горячая линия» является оказание по телефону экстренной медико-психологической помощи людям, находящимся в субъективно напряженной ситуации.

В связи с вышеизложенной ситуацией в системе оказания психолого-психиатрической помощи при ЧС более 10 лет назад начал функционировать телефон «Горячая линия» при ФГБУ «ФМИЦИН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Высокая потребность в психолого-психиатрической помощи

по телефону подтверждается многолетней практикой работы данной службы. Вне периодов общественно значимых ЧС по телефону «Горячей линии» обращаются при различных кризисных ситуациях: смерть супруга, разрыв семейных отношений, тюремное наказание, смерть близкого родственника, болезнь (травма), предположительный диагноз «паническое расстройство», а также обращения, связанные с проблемой межличностных отношений, с заболеванием члена семьи, с наличием психических расстройств, проблемы зависимостей и безработицы. Также на «Горячую линию» поступают обращения по юридическим вопросам, информационные обращения. Тактика взаимодействия с обратившимися на телефон людьми различна в зависимости от запроса: проведение психотерапевтической беседы, переадресация обращающегося на профильные службы, на службу скорой психиатрической помощи, обсуждение с обратившимся лицом вопросов лечения, предоставление информации об учреждениях, которые могут оказать психологическую и психиатрическую помощь, рекомендация обратиться в лечебные учреждения, разъяснение организации и порядка оказания психиатрической помощи в РФ, порядка обращения за психиатрической помощью, разъяснение правовых основ оказания психиатрической помощи, консультирование по общемедицинским вопросам. Преимущества психотерапевтической работы по телефону: доступность, безвозмездность, конфиденциальность, анонимность. Работу службы психолого-психиатрической помощи по телефону можно рассматривать как одно из звеньев оказания медицинской помощи, направленной на активизацию ранней обращаемости населения к специалистам, оптимизацию лечебной, профилактической работы и повышение уровня информированности, осведомленности населения в вопросах психического здоровья.

ДИНАМИКА ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОКАЗАНИЯ КРИЗИСНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Безменов П.В., Серебровская О.В., Портнова А.А., Смирнов И.И., Усачева Е.Л., Вяльцева И.Ю.,
Романова О.А., Наумец М.И.**

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ
г. Москвы,

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

olga_srb@mail.ru

Дети и подростки с различными формами суицидального поведения составляют значительную долю пациентов психиатрического стационара. С целью создания протокола помощи данной категории пациентов, а также для разработки эффективных профилактических и реабилитационных мероприятий актуальным представляется изучение динамики предикторов и механизмов формирования суицидального поведения. Анализ изменения факторов, характерных для различных типов суицидального поведения, в ходе кризисной интервенции позволит разработать дифференцированные алгоритмы психологического сопровождения.

Материалы и методы. Проведено психологическое сопровождение пациентов с суицидальными проявлениями, госпитализированных в ГБУЗ НПЦ ПЗДП ДЗМ. Общее число наблюдений – 420; средний возраст – 13+/-0,5 лет. Для заполнения предлагался модифицированный авторами тест «Опросник суицидального риска» (ОСР) Т.Н. Разуваевой, который предназначен для экспресс-диагностики суицидального риска и выявления уровня сформированности суицидальных намерений. Показатели для каждого фактора суицидального риска рассчитывались как среднее значение выборки. Статистическая обработка данных с оценкой достоверности различий между переменными проводилась с применением Критерия Пирсона.

Результаты. Мы проанализировали показатели каждого из диагностических параметров (иными словами - факторов суицидального риска): демонстративности, аффективности, уникальности, несостоятельности, социального пессимизма, слома культурных барьеров, максимализма, временной перспективы, и отдельно - антисуицидального фактора.

Типология суицидальных проявлений, использованная в нашем исследовании, основывалась на анализе мотивов и целей суицидального поведения, характера развития суицидального процесса, условий, механизмов и способов его реализации с учётом специфики детского и подросткового возраста. Были выделены три группы: пациенты с шантажным суицидальным поведением (65%); с аффективными (импульсивными) суицидами (11%); с истинными суицидальными проявлениями

(24%). В ходе психологического исследования у пациентов с каждым типом суицидального поведения были выделены статистически значимые превышения показателей по диагностическим шкалам: первая группа – по шкале «демонстративность» ($p < 0,01$), вторая - по шкалам «аффективность» и «максимализм» ($p < 0,01$), третья - по шкалам «временная перспектива» и «социальный пессимизм» ($p < 0,05$). В результате проведения кризисной интервенции дифференцированного типа (с выделением разных «мишеней» психотерапевтического воздействия) в ходе ретестирования обнаруживалось значительное снижение показателей по ведущим факторам суицидального риска ($p < 0,01$).

Показатели выраженности факторов суицидального риска отражают динамику в состоянии пациентов. Подростки 3 групп должны получать кризисную помощь согласно дифференцированным алгоритмам психологического сопровождения.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДИСПАНСЕРА И НКО В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Беккер И.М., Кислова А.И.

ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева»
Минздрава Республики Татарстан, филиал Набережночелнинский психоневрологический диспансер,
г. Набережные Челны, г. Казань
bim1402@mail.ru

В течение двух последних лет на базе Набережночелнинского психоневрологического диспансера филиала РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева осуществляется сотрудничество между диспансером и Центром лечебной педагогики «Чудо-дети» (АНО ЦЛП «Чудо-Дети») по оказанию психореабилитационной и коррекционно-педагогической помощи детям с тяжелыми ментальными нарушениями.

Всего на диспансерном наблюдении в городе состоит 434 ребенка до 15 лет и 114 подростков 16-17 лет с тяжелой и хронической психической патологией, а на консультативном наблюдении 3100 детей и 177 подростков. Из них с диагнозом ранний детский аутизм (РДА) (все формы) - 35 человек. Все вышеуказанные категории детей с тяжелыми ментальными нарушениями являются потенциальными посетителями центра лечебной педагогики.

Диспансер предоставил для занятий помещения административного этажа и реабилитационного отделения детям и их родителям, приходящим в после работы (с 18 до 21 часа). Поскольку в городе отсутствовали ранее какие-либо реабилитационные и коррекционно-педагогические учебные заведения для детей с тяжелыми ментальными нарушениями, довольно быстро был набран контингент более 120 детей.

18 специалистов ЦЛП «Чудо-Дети» 6 дней в неделю на базе временно приспособленных помещений проводят коррекционные занятия по сенсорной терапии, песочной терапии, музыкотерапии, зоотерапии, сказкотерапии, барабанотерапии, арт-терапии, логоритмике, технике ЭБРУ, сценическому движению, логопедические и дефектологические занятия, групповые и индивидуальные занятия по ЛФК, занятия в творческих и кулинарных мастерских, занятия по методике PECS и АВА, занятия по методике «Бимбаскет» и т.д.

Воспитанники АНО ЦЛП «Чудо-Дети» посещающие занятия имеют следующие диагнозы: РАС, Синдром Дауна, ДЦП, УО, органическое поражение головного мозга, сенсомоторная алалия, ЗППРР и т.д., возраст от 1,5 до 17 лет. Количество детей изменялось по годам: 9 детей в 2013 г., 70 – в 2014 г., 120 – в 2015 г.

В результате такого сотрудничества удалось добиться у 25 детей динамики в развитии крупной моторики, в 54 случаях – в развитии мелкой моторики. Динамика в развитии речи отмечалась в 34 случаях, развитие коммуникативных навыков – в 89 случаях. Удалось добиться улучшения в развитии навыков самообслуживания у 65 детей, а в 59 случаях – частичного купирования сенсорных нарушений.

АНАЛИЗ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПРИЗНАКАМИ ГОСПИТАЛИЗМА

Бельцева Ю.А., Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Beltsevaju@gmail.com

Целью исследования являлось изучение комплаентности пожилых пациентов с психическими расстройствами и признаками госпитализма. Основными методами являлись клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, с оценкой клинической истории болезни и социодемографических параметров. Сведения о медикаментозной терапии на протяжении всего заболевания собирались по данным медицинской документации и со слов пациента. Регистрировались все препараты, которые пациенты принимали амбулаторно и в стационаре с учетом дозировок, продолжительности приема, наличия побочных и нежелательных эффектов и причины отмены. Для анализа количественных переменных применялись методы параметрической статистики (Т-критерий Стьюдента), для качественных характеристик – критерий Манна-Уитни.

Материалы и методы. Выборку составили 122 пациента, поступившие в отделение гериатрической психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева в период с января 2013 г. по январь 2015 г. в возрасте от 55 до 91 года (средний возраст – $67,37 \pm 7,8$ лет), из них 104 женщины (85,2%) и 18 мужчин (14,8%). 39,3% составили пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством, 20,5% пациенты с депрессивным эпизодом, органические заболевания головного мозга составили 19%, шизофрения и шизотипическое расстройство – 1%, а невротические и связанные со стрессом расстройства – 14%.

Результаты. Из общего пула обследованных были выделены 59 пациентов, обнаруживавших признаки госпитализма, они составили основную группу. 63 обследованных не обнаруживали признаков госпитализма и вошли в контрольную группу. Основная и контрольная группа не имели достоверных различий по возрасту, полу, основному диагнозу, этиологии заболевания, общей длительности заболевания, индексу коморбидности.

Среднее количество препаратов, назначенных пациентам основной и контрольной группы за весь период болезни, различалось: в основной группе оно составило $9,7 \pm 0,7$, в контрольной – $6,1 \pm 0,4$ ($p < 0,01$). Пациенты с признаками госпитализма чаще, чем пациенты группы сравнения, получали нейролептики, нормотимики, противопаркинсонические средства и корректоры нейролептической терапии.

Всего 68 пациентов (55,7%) имели в анамнезе нарушения комплаенса. Пациенты основной группы чаще отказывались принимать те или иные препараты (28,8% пациентов в основной группе и 9,5% в контрольной), у 35,6% пациентов с признаками госпитализма были зафиксированы нарушения комплаенса, приведшие к снижению эффективности терапии (12,7% в контрольной группе), в то время как нарушения комплаенса, не влиявшие на эффективность лечения чаще встречались в контрольной группе – 15,9% пациентов (в основной – 10,2%), все различия достоверны. Обследованные больные из основной группы достоверно чаще принимали препараты нерегулярно, не соблюдали рекомендованные дозировки и кратность приема, прекращали прием препарата, информируя об этом врача или нет. Частота злоупотребления психотропными средствами в двух группах не имела достоверных различий.

Таким образом, пациенты с признаками госпитализма принимали большее количество препаратов, чем пациенты контрольной группы, и в меньшей степени следовали врачебным рекомендациям, что приводило к снижению эффективности терапии.

СТИЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В СЕМЬЯХ ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Береза Ж.В., Исаева Е.Р.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

isajeva@yandex.ru, chego_nado@list.ru

Как известно, наркозависимость рассматривается в качестве симптома нарушения нормального функционирования семейной системы. Недостаток в открытых взаимоотношениях,

отсутствие теплых отношений в семье является одним из условий формирования зависимого поведения.

Цель исследования. Изучение особенностей семейных коммуникаций в семьях наркозависимых в сравнении с группой нормативного контроля.

Материалы и методы. Первую группу респондентов составили матери лиц, страдающих наркотической зависимостью (61 мать, средний возраст $m=51,85\pm 7,2$). Их взрослые дети на момент проведения исследования находились в отделении реабилитации медицинского центра «Бехтерев». Контрольную группу составили матери здоровых лиц (56 матерей, $m=54,7\pm 7,6$). Использовались методики: опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (А.Б.Холмогоровой-С.В.Воликовой) и Опросник социальной поддержки (F-SOZU-22) (G.Sommer, T.Fydrich).

Результаты. С помощью кластерного анализа, проведенного на выборке матерей, были выделены несколько стилей эмоциональных коммуникаций. В семьях больных наркотической зависимостью был выявлен только один положительный стиль межличностного взаимодействия: интересующийся (высокая включенность родителей в жизнь ребенка) и 4 стиля негативных эмоциональных коммуникаций: критикующий (постоянная критика по отношению к ребенку); неблагоприятная изоляция (провоцирование недоверия к другим людям и акцентирование внимания на негативных эмоциях); тревожная заинтересованность (высокая родительская тревожность и сверхвключенность); неблагоприятный контроль (сверхвключенность родителей и фиксация на негативных эмоциях).

В семьях здоровых лиц используется лишь интересующийся или включенный стиль эмоциональных коммуникаций с их детьми, который указывает на желание родителей постоянно находиться рядом с ребенком, быть информированными о том, что с ним происходит, контролировать и включаться в его жизнь.

Было выявлено, что получение социальной поддержки у матерей наркозависимых лиц нарушено, они не склонны обращаться за помощью и советами к другим людям, к поиску эмоциональной и инструментальной поддержки, разделять свои чувства с другими. Матери наркозависимых не столь сильно социально интегрированы и удовлетворены поддержкой со стороны ближайшего окружения, по сравнению с матерями здоровых лиц.

Родительские семьи наркозависимых являются дисфункциональными, что проявляется в невыполнении ими эмоциональной функции семьи: отсутствие эмоционального контакта между её членами, низкий уровень эмоциональной поддержки и негативные стили эмоциональных коммуникаций. Помощь пациентам с зависимостью должна предполагать работу специалистов не только с самим пациентом, но и с семейной системой в целом.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ И ИХ ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ: АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ

Бобков Е.Н., Киржанова В.В., Муганцева Л.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва
amidadas@gmail.com

Употребление наркотиков характеризуется высокой степенью скрытости или латентности. Численность «скрытого» контингента потребителей наркотиков многократно превышает количество потребителей наркотиков (ПН), обращающихся за медицинской помощью в государственные наркологические учреждения. Вместе с тем ежегодно в стране при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения (или употребления) наркотиками выявляется до 200 тыс. фактов их употребления.

Цель исследования заключается в изучении взаимосвязи между показателями выявления ПН при медицинском освидетельствовании на наркотики и первичной обращаемости ПН за наркологической помощью.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили данные федерального статистического наблюдения: показатели выявления фактов употребления наркотиков при медицинском освидетельствовании и первичной обращаемости ПН за наркологической помощью (в расчете на 100 тыс. населения). Анализировались показатели за 2009-2013 гг. по всем регионам страны. Использовался корреляционный и регрессионный анализ.

Результаты. Установлено, что выявление ПН при медицинском наркологическом освидетельствовании оказывает влияние на процесс первичной обращаемости ПН за наркологической помощью. Применение корреляционного анализа позволило установить наличие статистически значимой связи между этими показателями средней или умеренной силы (в зависимости от года наблюдения). Применение линейного регрессионного анализа позволило определить количественные характеристики влияния результатов наркологического освидетельствования на первичную обращаемость по поводу наркотической зависимости и употребления наркотиков с вредными последствиями. Интерпретация полученных уравнений позволила прийти к следующим выводам: из 100 человек с установленным фактом употребления наркотиков обращаются к наркологу впервые в жизни только 2 больных наркоманией и 10 пациентов, злоупотребляющих наркотиками. Итоговое уравнение линейной регрессии показало, что из 100 человек, прошедших медицинское освидетельствование на наркотики с положительным результатом, под наблюдение нарколога попадают лишь 15 человек.

Полученные результаты свидетельствуют о высоком потенциале наркологического освидетельствования для повышения обращаемости «скрытого» контингента ПН за наркологической помощью, а также вовлечения их в программы вторичной профилактики. Как показывает практика, привлечь таких лиц к участию в лечебных и профилактических программах на добровольной основе крайне затруднительно. Вследствие этого возникает необходимость внесения изменений в законодательные и нормативные акты, которые создадут правовой механизм обязательного вовлечения выявленных ПН в лечебные и профилактические программы. Наряду с этим, возникает потребность в разработке программ вторичной профилактики для лиц выявленной группы риска, которые могут быть реализованы как в отделениях профилактики наркологических учреждений, так и в центрах здоровья и профилактики.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Бобров А.Е., Файзрахманова Е.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
usatenko2003@mail.ru

Тревожные расстройства (ТР) широко распространены. Наиболее значимыми из них являются генерализованное тревожное расстройство (ГТР), паническое расстройство (ПР) и агорафобия (АФ). Дифференциация ТР часто вызывает затруднения. В их клинике важное место занимают когнитивные нарушения. К ним относятся изменения самосознания, прогнозирования и оценки реальности.

Проведено изучение когнитивных искажений при различных ТР. Обследованы амбулаторные пациенты с ПР (35 чел.), АФ (27 чел.), ГТР (32 чел.) и контрольная группа (67 чел.). Методы: клиническая оценка по МКБ-10; Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ); Тест когнитивных ошибок (ТКО); HADS- госпитальная шкала тревоги и депрессии.

Результаты исследования подтверждают дискриминативную и конвергентную валидность ТКО. При факторном анализе результатов данного теста – два фактора, отражающих два варианта когнитивного стиля. Первый («магическое» мышление) включил персонализацию, доверие критике, а также максимализм и ложное долженствование. Сущность выявленных когнитивных сдвигов заключается в неопределенности границ «Я», нарушении прогнозирования (негативный прогноз без учета вероятностей), перфекционизме. «Магический» когнитивный стиль характерен для пациентов с ГТР, в клинике которых преобладало избыточное беспокойство по различным малозначительным поводам.

Второй когнитивный стиль, «дихотомическое мышление», обнаружен у пациентов с ПР и АФ. В этой группе предъявлялись жалобы на внезапные (или связанные с определенными ситуациями) тревожно-вегетативные приступы, а также избегание ситуаций, сопряженных с ними. У больных имела место также тревога ожидания приступа. Когнитивный стиль этих пациентов характеризовался склонностью к глобальным крайним оценкам, схематизму в мышлении с избирательным вытеснением одних аспектов реальности и преувеличением значимости других.

Выполненное исследование позволило показать клиническую неоднородность ТР, которой соответствуют существенные когнитивно-стилевые различия, играющие, по всей видимости, важную

патогенетическую роль. Полученные данные могут быть использованы для уточнения диагностических и прогностических критериев ТР. ТКР может применяться для теоретических и прикладных исследований когнитивных искажений при ТР.

ПЕРВИЧНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ГРАЖДАН НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ИМУЩЕСТВЕННОЙ СДЕЛКИ

Богданов А.К., Гречанин Н.Р., Яшихина А.А.

ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер», г. Самара
akvaraul@mail.ru

Условия нового законодательства позволяют гражданам страны участвовать в сложных имущественно-правовых отношениях. Это дало широкие возможности лицам, имеющим психические расстройства, распоряжаться своей недвижимостью. В то же время наличие психического расстройства ставит под сомнение их способность правильно понимать сущность сделки и свободно изъявлять свою волю. В то же время высокая частота психических расстройств у лиц пожилого возраста требует при определении сделкоспособности специальных познаний в области психиатрии. Федеральный Закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» (2001 г.) дал экспертным учреждениям возможность проведения экспертных исследований в области психиатрии для граждан и юридических лиц. Это привело к появлению широкой практики первичного психиатрического освидетельствования граждан, совершающих имущественные сделки. Они инициируются покупателями недвижимости, родственниками, неуверенными в том, что завещание или дарение не будет в последующем оспорено иными наследниками. В настоящее время существует актуальная потребность обобщения накопленного опыта и разработки единых инструктивно-методических рекомендаций в отношении определения способности граждан, заключающих имущественные сделки, понимать значение собственных действий и руководить ими.

За период с 2005 по 2015 гг. в отделении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз Самарского психоневрологического диспансера было проведено 150 первичных психиатрических освидетельствований. Для определения сделкоспособности граждан использовался адаптированный вариант методики Протокол ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза», утвержденной МЗСР РФ 23 мая 2005 г. (модель пациента 7.1), включающий изучение предоставляемой самим испытуемым медицинской документации из общесоматической сети, сбор субъективного анамнеза, соматоневрологическое и клинко-психопатологическое обследование, экспериментально-психологическое исследование познавательных процессов и эмоционально-волевой сферы. Клиническая оценка состояния проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Из общего числа обследованных психическое расстройство не было выявлено у 79 испытуемых (52,6%). В 71 случаях (47,3%) были выявлены органические психические расстройства различной степени выраженности. В обследованной выборке лиц с органическими психическими расстройствами у 55 (36,6 %) диагностированы легкие когнитивные расстройства, не влияющие на способность к осознанной регуляции поведения. Выраженные органические нарушения, которые лишали способности понимать значение своих действий и руководить ими, были выявлены у 14 человек (9,3%). При проведении судебно-психиатрических экспертиз такого рода для вынесения экспертной оценки необходимо учитывать всю совокупность факторов на момент совершения сделки: степень выраженности психических расстройств, сохранность познавательной и эмоционально-волевой сфер, критических и прогностических функций; сохранность способности анализировать создающуюся юридически значимую ситуацию и прогноза правовых последствий совершаемой сделки. Требуется дальнейшее изучение данного вопроса и разработка единых методических рекомендаций по первичному освидетельствованию граждан на этапе заключения имущественной сделки.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРАКТИКА МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Бойко Е.О., Ложникова Л.Е.

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1»,
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар
e.o.boyko@yandex.ru

Исследования, направленные на изучение практических аспектов психолого-психиатрической помощи при возникновении чрезвычайных ситуаций (ЧС), в должной мере не отражают целостной системы межведомственного взаимодействия. Одновременно с этим, проблема психических нарушений при ЧС также становится все более актуальной.

Цель исследования: обобщение опыта командно-штабных учений (КШУ), практического опыта работы в ЧС с анализом полученных результатов, выработкой методических и практических рекомендаций для мобильных формирований психолого-психиатрической помощи

В крае сформированы 13 бригад специализированной медицинской помощи службы медицины катастроф в количестве 65 специалистов (психиатры, психотерапевты, медицинские психологи). Ежеквартально проводятся учения и тренировки с личным составом по отработке практических навыков работы в условиях ЧС. Ежегодно в соответствии с планами администрации Краснодарского края в системе РСЧС специалисты принимали участие в КШУ, привлекались к участию в крупномасштабных командно-штабных и тактико-специальных учениях, проводимых Национальным Антитеррористическим комитетом в городах края на объектах инфраструктуры, стратегически важных объектах экономики, социальной сферы. Специалисты из всех психиатрических медицинских организаций края активно участвовали в подворных обходах, противозидемических мероприятиях, вакцинации населения в зоне ЧС, осуществляли взаимодействие с местной администрацией, смежными специалистами органов здравоохранения, работниками главного управления МЧС по Краснодарскому краю, социальной защиты, СМИ, организовывали работу «Горячей линии», осуществляли информационную поддержку, оказывали психологическое сопровождение пострадавших в пунктах временного размещения, штабах, поликлиниках, помогали в решении социально-бытовых проблем пострадавших: организации питания, восстановлении документов, отправке и сопровождении детей в пионерские лагеря и т.д. Психолого-психиатрическая помощь при ликвидации последствий ЧС в Краснодарском крае за период 2010-2015 гг. оказана 13236 пострадавшим.

Таким образом, организация психолого-психиатрической помощи при ЧС носила межведомственный характер и зависела от вида, масштаба ЧС, уровня медицинского обеспечения населения, развития социальной инфраструктуры и подготовленности мобильных формирований. Участие специализированных формирований – мобильных бригад психолого-психиатрической помощи в ликвидации ЧС на территории Краснодарского края в 2010-2015 гг., а также при проведении КШУ, при эффективном межведомственном взаимодействии региональных и федеральных сил позволило обеспечить оперативность, своевременность, адекватность и преемственность оказания специализированной психолого-психиатрической помощи пострадавшим при ЧС в регионе. При оказании психолого-психиатрической помощи проводился комплекс организационных, профилактических, противозидемических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ ОБОСНОВАННОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Бойков С.В.

ГБУЗ «Республиканская психиатрическая больница № 2» Минздрава Республики
Башкортостан, г. Стерлитамак
serg123boy@mail.ru

В настоящее время в государственных учреждениях, оказывающие медицинские, образовательные, социальные услуги, в обязательном порядке, в штатах имеются специалисты - психологи.

Широкий спектр психологических услуг в медицинских организациях попадает под регуляторные механизмы государства, несмотря на то, что в Положении о лицензировании медицинской деятельности, утвержденное постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291,

а также в Приказе Минздрава России от 11.03.2013 г. № 121н, психологическая помощь не включена в вид деятельности подлежащей лицензированию. Но, тем не менее, работа психолога в медицинской организации попадает под действие ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а в организациях психиатрического профиля - Закона РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 (ред. от 28.11.2015 г.) «О психиатрической помощи...». В основном такое положение вещей становится возможным благодаря условной «вторичности» психологической помощи в медицинских организациях. То есть, работа психолога в медицинских организациях осуществляется только по назначению врача и под контролем врача. Медицинские работники, согласно законодательству Российской Федерации, несут ответственность за возникающие последствия лечения, а также за неоказание или ненадлежащее оказание помощи пациенту, и могут быть привлечены к уголовной, гражданско-правовой, административной и дисциплинарной ответственности. Это нисколько не умаляет профессионального вклада психологов в процессе их деятельности, но позволяет хотя бы опосредованным способом осуществить контроль и возложить ответственность при потенциально возможном нанесении вреда здоровью (конкретно вреда психическому состоянию здоровья).

Если рассматривать профессиональную деятельность психологов в рамках образовательных или социальных организаций, то дела обстоят хуже. Для работы психологом в данных учреждениях достаточно иметь диплом о высшем образовании психолога, (исходя из анализа ФЗ РФ «Об образовании в РФ» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ, постановления Правительства РФ от 28.10.2013 г. № 966, ФЗ от 28 декабря 2013 г. №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в РФ»). Согласно ФЗ РФ от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», психологическая помощь, является не лицензируемым видом деятельности, то закономерен вопрос об ответственности при осуществлении профессиональных обязанностей психологами.

Особой, достаточно многочисленной когортой представлены частнопрактикующие психологи. В частном секторе предоставления психологических услуг происходит по всем существующим видам психологической помощи, и отличительной особенностью которых является, практическое отсутствие законодательного регулирования их деятельности. Хотя это наиболее динамично развивающийся сектор, приобретающий характер массового масштаба.

Таким образом, невзирая на достаточно инвазивный характер работы психолога, включая возможность работы не только в индивидуальном порядке, но и с группами людей, данный вид деятельности остается не контролируемым на территории Российской Федерации. Учитывая перенасыщение рынка труда данными специалистами, профессиональные возможности, бурно развивающийся пул психологических методик, возможность воздействия не только на индивида, но и на группы людей, массы, для обеспечения безопасности, экологичности профессиональной деятельности необходимо государственное регулирование психологической помощи.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИИ

Бомов П.О.¹, Бушара Н.М.²

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России,

²ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург

bomoff@yandex.ru

В связи с отчетливыми изменениями возрастного состава общего населения в сторону старших возрастных групп и, по-видимому, связанным с этим нарастанием доли психически больных пожилого и старческого возраста изучение гериатрических аспектов психиатрии становится все более важной и необходимой задачей. Нейропсихологические исследования, построенные на принципах синдромального анализа и предполагающие рассмотрение высших психических функций (ВПФ) в их тесной взаимосвязи, делают возможным построение более согласованной картины нейрокогнитивного функционирования при шизофрении.

Цель работы – выявление особенностей нарушений ВПФ у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте.

Материалы и методы. Обследовано 76 пациентов (48 женщин и 28 мужчин) в возрасте от 46 до 68 лет (средний возраст 52±5,8 лет) с дебютом шизофренического процесса в позднем возрасте

(после 45 лет), которые составили основную группу. Пациенты в возрасте от 32 до 59 лет с началом шизофрении в 30 – 44 года составили группу контроля (32 человека: 24 женщины и 8 мужчин). Используются клинико-психопатологический, патопсихологический и нейропсихологический методы исследования.

Результаты. Больные поздней шизофренией с апато-абулическим типом дефекта достоверно отличались ($p < 0,05$) от контрольной группы меньшим значением средних величин оценок по блокам «экспрессивная речь», «понимание речи и словесных выражений», «слухоречевая память», «зрительная память», «праксис» и «мышление». У больных обеих групп с псевдоорганическим типом дефекта все ВПФ нарушены довольно грубо. Выявлена достоверно значимая ($p < 0,05$) большая выраженность расстройств у больных из группы контроля в блоках «экспрессивная речь», «понимание речи и словесных выражений», «слухоречевая память», «зрительная память», «отсроченное воспроизведение предложений и рассказов», «праксис», «оптико-пространственный гнозис», «чтение», «мышление». Психопатоподобный дефект личности имели 21 больной шизофренией, из них 18 больных (23,7%) основной группы и 3 человека (9,3%) группы контроля. Как и при псевдоорганическом типе дефектного состояния, расстройства ВПФ при психопатоподобном дефекте носили довольно выраженный характер. Статистически достоверно ($p < 0,05$) в контрольной группе больных нарушения по блокам «экспрессивная речь», «понимание речи и словесных выражений», «слухоречевая память», «зрительная память», «праксис», «оптико-пространственный гнозис», «акустический невербальный гнозис», «мышление» носили более выраженный характер, нежели в основной группе. Нарушения у больных с астеническим дефектом присутствовали в обеих группах по всем блокам данного исследования, однако достоверно в большей степени ($p < 0,05$) они встречались у пациентов контрольной группы. Нарушения экспрессивной речи, слухоречевой и зрительной памяти, праксиса, гнозиса, мышления оказались у больных поздней шизофренией с астеническим типом дефекта менее выраженными, чем у больных с другими типами дефектного состояния.

Представленные типы дефекта у больных поздней шизофренией патогенетически связаны и являются отражением единого патологического процесса разной степени выраженности. Полученные данные могут использоваться при проведении психореабилитационных мероприятий (в том числе тренинга когнитивных и социальных навыков).

ТЕЛЕПСИХИАТРИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В СФЕРЕ ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ, ПСИХООБРАЗОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ

Бородин В.И., Панченко Е.А., Данилова С.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

bor111@yandex.ru, eparanchenko@yandex.ru, psy-kafedra@yandex.ru

Необходимость расширения доступа для потребителей психиатрической помощи к современным достижениям психиатрии и психотерапии, а также высокая значимость развития психопрофилактического направления в системе охраны психического здоровья актуализируют внедрение новых технических средств, а именно телемедицины, в указанные сферы деятельности.

Цель исследования. Оценка специфических особенностей и возможностей телепсихиатрии в области психопрофилактики, психообразования и оказания некоторых видов психотерапевтической помощи.

Материалы и методы. Проведен анализ последних достижений в сфере телепсихопрофилактики и телепсихотерапии по данным отечественной и зарубежной литературы.

Результаты и обсуждение. Помимо телеконсультирования и разрешения в этих рамках определенных лечебно-диагностических проблем, а также организации разного уровня научно-практических телеконференций для специалистов и организаторов здравоохранения, современная телепсихиатрия включает в себя предоставление широких информационных услуг населению по самым разным вопросам, связанным с оказанием психиатрической помощи. Данный формат информационного обмена в силу его пространственно-временной удаленности и, соответственно, дистанцирования в структуре интерперсонального взаимодействия, отличающегося при этом предельной степенью недирективности, способствует повышению толерантности к психиатрии в

целом, а другими словами, уменьшению антипсихиатрических настроений у потенциальных потребителей психиатрической помощи.

Благодаря этому открываются и новые возможности для широкого развития психообразовательной деятельности среди психически больных и их родственников, а также проведения на регулярной основе комплаенс-терапии для амбулаторных пациентов. Телепсихиатрия и, особенно, социальные сети обладают наибольшим потенциалом в плане организации и развития первичной психопрофилактики, и в этих рамках обеспечивают более активную социальную позицию специалистов в области охраны психического здоровья.

Вследствие преимущественно аудиовизуального формата взаимодействия между терапевтом и клиентом перспективным направлением в современной телепсихиатрии является онлайн-психотерапия (вэб-психотерапия, телепсихотерапия). Виртуальность и удаленность онлайн-взаимодействия как специфический компонент психотерапевтического сеттинга может, с одной стороны, способствовать проявлению именно психологической составляющей отношений между клиентом и терапевтом и, в конечном счете, уменьшать сопротивление клиента в процессе психотерапии, но с другой, – может также снижать субъективную значимость последней и даже обуславливать ранние отказы от лечения.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ПОМОЩИ СЕМЬЕ С РЕБЁНКОМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Бочарова Е.А.¹, Ипатова О.Н.²

¹ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Архангельск,

²МБДОУ Детский сад № 37, г. Архангельск*
Bocharova-elena@mail.ru, ipatovaolia@yandex.ru

В лечебной и коррекционной работе с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС) существует два основных полюса взаимодействия. На одном из них находятся ребёнок, родители и близкое окружение, сверстники и взрослые вне семьи; на другом – профессионалы: педагоги, психологи, медицинские и социальные работники. Взаимодействие «ребёнок с РАС – родители – специалисты» имеет важное значение. Общей целью команды является подготовка ребёнка с РАС к самостоятельной жизни. Если в этом сотрудничестве для врача главным становится постановка диагноза, выявление возможных причин нарушения в развитии, определение тактики лечения, для педагога и психолога – разработка индивидуального коррекционного маршрута, то для родителей важнее всего является понимание ребенка.

Две психологические проблемы, с которыми сталкиваются в начале коррекционной работы в большинстве случаев: неготовность ребенка к посещению образовательного учреждения и неготовность окружающих принять таких детей. Коррекционная деятельность выстраивалась в тесном взаимодействии специалистов с семьёй и ребенком при координирующей работе учителя-дефектолога. Одной из важнейших и трудных задач явилось повышение мотивации родителей к активному сотрудничеству.

Роль каждого члена команды заключается в эмоциональной поддержке ребенка, расширении его знаний об окружающем мире, обучении правилам поведения в обществе. С другой стороны, необходимо формировать у окружающих позитивное отношение к ребёнку, умение принимать его таким, какой он есть. В связи с этим необходим открытый диалог между всеми членами команды.

В работу внедрены следующие варианты сотрудничества:

1 блок – консультации по интересующим родителей вопросам; родительский клуб «Вместе»; родительские собрания в форме дискуссий, круглых столов.

2 блок – регулярные практические занятия (комплексные и интегрированные) с детьми и взрослыми; «Дни открытых дверей»; участие в фестивалях; совместное проведение праздников. Организуется обмен личным опытом; посещение музеев, библиотек, накопление фото и видеотеки. Применяются элементы системы альтернативной коммуникации для детей с РАС при помощи карточек PECS, что позволяет ребенку быстрее приобрести базисные навыки коммуникации, быстрее проявлять инициативу и спонтанно произносить слова. В итоге общение для ребенка с окружающими становится более доступным и психологически комфортным.

Многолетнее сотрудничество с кафедрой психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета являются важной составляющей командной работы. В неё включены совместные консультации с педагогом, психологом, родителями; привлечение студентов выпускных курсов к занятиям с детьми с отклонениями в развитии; разработка студентами информационных материалов для родителей и педагогов, развивающих заданий (с применением компьютерных технологий) для детей.

Командная форма работы является оптимальной формой работы с детьми с РАС в соответствии с индивидуальными психофизическими особенностями ребенка, способствующая наиболее благополучной социализации.

ВЕДУЩИЕ ПРЕДИКТОРЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО И ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Брижак С.С., Мыльникова Ю.А., Наджарьян А.И.

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» г. Краснодар

m_julia@mail.ru

Аутоагрессивное поведение в подростковом возрасте обусловлено совокупностью генетических, биологических, психиатрических, психологических, социальных факторов. Проблема изучения подросткового аутоагрессивного поведения остается чрезвычайно актуальной, если учитывать, что зачастую суицидальные мысли, суицидальные намерения и демонстративное аутоагрессивное поведение не попадают в поле зрения врачей, педагогов и социальных работников.

Целью исследования стало изучение комплексного влияния клинических и социально-психологических факторов на возникновение аутоагрессивных паттернов у юношей допризывного и призывного возраста.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ «СКПБ №1» клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим методами были обследованы 200 юношей в возрасте 16-27 лет ($19,4 \pm 0,4$) с аутоагрессивным поведением в анамнезе, находящихся на стационарном обследовании по направлению военных комиссариатов Краснодарского края для решения вопроса о годности к военной службе. Для оптимизации сбора анамнестической информации была разработана «Карта клинико-социального обследования юношей призывного и допризывного возраста». Клинико-диагностическая квалификация выявляемой психической патологии проводилась на основании рубрик МКБ-10. Статистический анализ данных реализован в среде пакета статистических программ Statistica 10.

Результаты. Клиническая структура психопатологических расстройств у лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе в основном представлена личностными расстройствами, органической патологией и умственной отсталостью легкой степени. На основании проведенного скрининга выявлены основные предикторы аутоагрессивного поведения: различные формы девиантных детско-родительских отношений и отклонения от социальных норм поведения, Воспитание в дисгармоничных семьях (наркозависимость, алкоголизация родителей, низкий образовательный уровень), особенно в сочетании с наследственной отягощенностью, приводит к недоразвитию эмоционально-волевой сферы, искажению формирования морально-этических норм и фиксации асоциальных и аутоагрессивных форм поведения. Травмы головного мозга и перинатальная патология, будучи основой формирования органических нарушений, приводят к излишней импульсивности и аутоагрессии. Отсутствие интересов в свободное время, алкоголизация, отрицательное отношение к службе в армии являются маркерами личностной незрелости, что в сочетании с имеющимися психическими расстройствами, воспитанием в дисгармоничных семьях и наличием патохарактерологических реакций приводит к формированию аддиктивного и аутоагрессивного поведения.

Таким образом, полученные результаты определяют необходимость усиления мер первичной профилактики, направленных на предупреждение действия неблагоприятных факторов, а также могут служить основой для формирования групп риска и проведения профилактических мероприятий, т.е. осуществления мер вторичной профилактики. Своевременное выявление факторов риска позволит сократить число случаев аутоагрессивного поведения у лиц призывного возраста.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В РАБОТЕ ОТДЕЛЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Брюханова О.Б., Кунафина Е.Р.

ГБУЗ РБ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа,
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа
erkunafina@mail.ru

Нейрореабилитация - один из важнейших разделов медицины и медицинской психологии, который охватывает круг вопросов, связанных с максимальным восстановлением или компенсацией нарушенных у больных высших психических функций в результате очаговых поражений головного мозга. Неврологическая симптоматика при очаговой патологии головного мозга является неотъемлемой частью клинической картины во всех периодах заболевания. Вместе с тем, в подостром и особенно резидуальном периодах одно из ведущих мест в патогенезе начинают занимать эмоционально-аффективные расстройства. Критическая точка приходится на 3 - 4 месяца заболевания, когда возникает ситуация необходимости перевода больного на инвалидность. Это касается, прежде всего, лиц трудоспособного, особенно молодого возраста. Клиника существенно зависит не только от соматического состояния, но и от усиливающегося агрессивного влияния социального фактора, оказывающего значимое воздействие на самосознание больного, который начинает оценивать собственное катастрофическое положение: нарушение речевого общения, неспособность самостоятельного передвижения, социально-бытовая несостоятельность, невозможность трудовой деятельности. Все это прямым образом влияет на психическое состояние больных, приводит к социальной депривации, основным проявлением которой является изменение положения в обществе и в семье. Последнее, в свою очередь, еще более усложняет патогенетические механизмы заболевания, усугубляет соматический статус больного. Депрессии, тяжелые невротические состояния, суицидальные мысли и попытки и целый ряд других психических расстройств у больного определяют важнейшие цели, задачи лечения и систему реабилитационного процесса, при этом значительно возрастает роль психиатра и психотерапевта, так как не только от соматического, но и от психического состояния больного зависит активность комплексных реабилитационных мероприятий и их эффективность.

За истекший год врачом-психотерапевтом в отделении РКБ им. Куватова оказана помощь 722 пациентам. Формы и виды психотерапии в нейрореабилитационной клинике очень сложно описать, так как использование приемов «психотерапии прямого действия» затруднено, а иногда и невозможно при очаговых поражениях головного мозга с нарушением высших психических функций, проявляющихся тяжелыми расстройствами экспрессивной и импрессивной речи, двигательных функций. У таких больных формируются стойкие депрессивные состояния и иные психические нарушения, требующие участия в лечебном процессе психиатра. Вместе с тем психотерапия является значимым направлением в комплексе лечебных мероприятий, поскольку эмоциональное и психологическое состояние больного служит одним из основных факторов, определяющих возможности и эффективность восстановительного процесса.

Кроме индивидуальной психотерапевтической работы, большое значение имеют групповые занятия больных с логопедами, специалистами по лечебной физкультуре, по социальной работе и др., создающие базу для формирования у больного позитивного отношения к жизни, открывающие перед ним перспективу и вселяющие надежду на выздоровление. Особым видом деятельности является семейная психотерапия. Эта работа должна носить постоянный, структурированный характер и рассчитана на активное привлечение родственников к участию в нейрореабилитационном процессе.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ У ПОСТУПИВШИХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Буйневич К.В., Тарханов Д.В., Иванова Е.С.

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань
ksardas88@mail.ru

Проблема суицидального поведения и его последствий, несмотря на значительные успехи,

достигнутые в области лечения лиц, совершивших суицидальные попытки, остаётся одной из наиболее острых медико-социальных проблем современности. Несмотря на некоторое снижение уровня завершённых суицидов в России, серьёзную обеспокоенность вызывает частота суицидальных попыток у лиц с психическими расстройствами. Легкий доступ к нейротропным препаратам, снижение критического отношения к своему состоянию, сниженный фон настроения способствуют формированию суицидальной направленности у данной группы больных.

За исследуемый период с 2013 по 2015 гг. в Астраханской области зарегистрировано 146 суицидальных попыток (37 за 2013 г., 49 за 2014 г., 60 за 2015 г.) у пациентов, поступивших в приемное отделение областной клинической психиатрической больницы. Возраст больных находился в диапазоне от 15 до 87 лет (средний – 25-35 лет). Из них 70,5% составили мужчины (103 чел.), 29,5% – женщины (43 чел.). 70% исследуемых (102 чел.) являются жителями г. Астрахани. 60% (88 чел.) были доставлены бригадами скорой специализированной психиатрической помощи. 35% (51 чел.) были переведены после прохождения стационарного лечения в больнице общего профиля. 5% (7 чел.) были доставлены в сопровождении сотрудников полиции. Способы совершения суицидальной попытки: самопорезы – 40% (58 чел.), отравления психотропными препаратами – 26% (38 чел.), отравления иными препаратами – 18% (26 чел.), попытка повешения – 10% (15 чел.), иные (огнестрельные ранения, попытки прыжка с высоты, отравления уксусной кислотой) – 6% (9 чел.). Клиническая структура: эндогенные заболевания – 32%, органические – 23%, расстройства личности – 16%, невротические и связанные со стрессом – 9%, аффективные расстройства – 7%, умственная отсталость – 5%, зависимость от психоактивных веществ – 5%, деменция – 3%. Проведенный анализ суицидальных попыток позволил выявить явное преобладание лиц мужского пола и отравлений в качестве способа. Убедительно доказана необходимость создания в регионе единой суицидологической службы, в структурных подразделениях которой можно было бы получать своевременную консультативную и лечебную помощь на разных этапах суицидального поведения пациентов.

СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ ТРЕНДЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Букреева Н.Д., Ракитянская Е.А, Кутуева Р.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
ndbukreeva@ya.ru

Цель исследования: выявление основных тенденций развития психиатрической службы РФ на основе проведения сравнительного анализа основных показателей ее деятельности в период 2005-2015 гг., изучения фактического состояния психиатрических ресурсов и их увеличения в указанный период.

Результаты. Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами снизился на 6,3% (с 2966,58 до 2780,55 на 100 тыс. населения). Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами, отражающий уровень выявления психических расстройств, снизился на 29,3% (с 388,30 до 300,3 на 100000 человек населения). Доля диспансерного контингента больных психическими расстройствами к 2015 г. составляла 14,3% (в 2005 г. – более 50%), доля консультативного контингента – 85,7%. Психиатрическая помощь оказывалась лицам, страдающим психическими расстройствами и расстройствами поведения, в амбулаторных, полустационарных и стационарных условиях. За рассматриваемый период число больниц уменьшилось на 22,2% (с 270 в 2005 г. до 210 в 2014 г.). Число ПНД, имеющих стационарные койки, за тот же период уменьшилось на 36,5% (со 115 до 73).

Стационарная помощь была оказана в 2015 г. 632 135 пациентам, из них бригадным методом – 33,1%. Средний койко-день составлял 76,14, увеличившись в сравнении с 2012 г. на 2,6%. Повторные госпитализации, практически не изменяясь, составляли 21,1%. Число больных с длительностью пребывания в стационаре свыше года в 2015 г. сократилось до 4,15% от общего числа выписанных больных. При этом лица, находившиеся на принудительном лечении, составляли среди них 45,1%. За рассматриваемый период количество дневных стационаров возросло на 17,5% и к 2015 г. достигло 258, а число мест в них – 19093. Из прочих подразделений заметно увеличилось количество стационаров на дому (до 1108 в 2015 г.) и число мест в них (до 7789 в 2015 г.). Амбулаторная помощь

пациентам с психическими и поведенческими расстройствами оказывалась в ПНД и психиатрических кабинетах при районных больницах. Количество ПНД за рассматриваемый период уменьшилось на 43,3%: со 173 до 98. Количество медицинских организаций, имеющих в своей структуре психиатрические кабинеты, уменьшилось в значительно меньшей степени – на 2,3% с 2249 до 1967.

Состояние психиатрической службы и существующие тенденции в динамике основных показателей ее деятельности свидетельствуют о недостаточном использовании системного подхода к ее организации, недостаточном учете потребностей населения в оказании психиатрической помощи.

Результаты анализа позволяют предложить следующие меры по улучшению состояния психиатрической службы и качества оказания психиатрической помощи: повысить терапевтическую активность внебольничной (амбулаторной и полустационарной) службы; увеличить число мест в полустационарных подразделениях и количество лечебно-профилактических мероприятий; улучшить лекарственное обеспечение этих подразделений; увеличить долю препаратов пролонгированного действия; привести нагрузку участковых врачей в соответствие с реальными потребностями диагностической, лечебной и реабилитационной деятельности; увеличить финансирование субъектами РФ психиатрической службы в целом и льготного лекарственного обеспечения больных, не имеющих группы инвалидности, в частности.

ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ*

Буркин М.М.¹, Молчанова Е.В.²

¹ ГБОУ ВО Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск

burkin@onego.ru

² Институт экономики Карельского научного центра РАН, г. Петрозаводск

molch@yandex.ru

По данным Росстата общая численность населения России на 1 января 2016 г. составила 146,5 млн. чел. Несмотря на наметившиеся положительные тенденции (рост населения в России за 2015 г. – 0,14%), медико-демографическую ситуацию нельзя назвать благополучной. Россия по-прежнему отстает от развитых стран мира по уровню средней продолжительности жизни, но опережает по заболеваемости и смертности, особенно от предотвратимых причин (травм, отравлений, несчастных случаев, самоубийств).

Особую тревогу вызывают значительные потери населения в северных регионах, в том числе в Республике Карелия (РК), которая входит в состав Северо-Западного ФО (СЗФО). По состоянию на 1 января 2016 г. численность постоянного населения в республике составила 629,8 тыс. чел., удельный вес городского населения – 80%. Демографическая ситуация на территории региона отличается особой остротой: за последние 15 лет население сократилось приблизительно на 80 тыс. чел., сохраняется естественная убыль населения практически во всех муниципальных образованиях.

Настоящая работа построена на изучении проблем психического здоровья населения на мезоуровне (для регионов СЗФО и РК) и микроуровне (анализ социологического и клинического материала). При анализе медико-демографических индикаторов на мезоуровне была разработана информационная база факторов для регионов СЗФО за 2009-2013 гг., состоящая из пяти блоков: медико-демографическая ситуация, уровень экономического развития территории и благополучие населения, развитие социальной инфраструктуры, экологические и климатические условия, научные исследования и инновации. Всего порядка 70 показателей (по сборнику официальной статистики).

На основе информационной базы построена регрессия с фиксированными эффектами по панельным данным для регионов СЗФО за 2009-2013 гг. Коэффициент детерминации R-sq (within) составил 0,92, что свидетельствует об адекватности построенной модели. Было установлено, что на продолжительность жизни влияет экономическое развитие региона, которое характеризует показатель ВРП на душу населения, а также факторы социального напряжения (уровень бедности, алкоголизм и индикаторы психического здоровья). При исследовании проблемы на микроуровне была выполнена оценка влияния социально-экономических и природно-климатических факторов на уровень суицидоопасных эмоциональных расстройств в РК (по материалам Республиканского психоневрологического диспансера г. Петрозаводска) и состояние индивидуального и социального здоровья студенческой молодежи (на основе социологического опроса студентов ПетрГУ).

Психосоциальный стресс вносит значительный вклад в процесс депопуляции населения. С этой проблемой невозможно справиться силами одного лишь здравоохранения. Необходим универсальный подход, подразумевающий активное государственное регулирование экономических и социальных процессов в регионах. На наш взгляд, для РК можно эффективно использовать систему бенчмаркинга (на основе опыта Финляндии). Для республики могут быть достаточно эффективны следующие финские социальные инновации в области психического здоровья: алкогольная монополия, проекты «Шизофрения» и «Профилактика самоубийств».

**Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 15-06-03978-а.*

ФАКТОРЫ РИСКА СЕМЕЙНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ ВЫНУЖДЕННОЙ МИГРАЦИИ

Буторин Г.Г.¹, Бенько Л.А.²

¹ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет», г. Челябинск,

²ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Челябинск

g1966@mail.ru, larisbenco@mail.ru

В последние годы в терминологическое пространство психологической науки прочно вошло понятие «виктимизация», которое было введено в связи с проблемами изучения неблагоприятных обстоятельств социализации ребенка.

Цель исследования заключалась в установлении виктимогенных факторов, влияющих на семью, в первую очередь на детей, в условиях вынужденной миграции.

Материалы и методы. Постановка целей и задач требовали конкретной характеристики микросоциально-психологических признаков, которые отражали бы изменения социального функционирования под влиянием такого специфического социального фактора, как вынужденное переселение. В программу исследования был включен ряд экспериментальных, проективных методик и тестовые вопросники. Клинико-диагностические методы исследования детей включали изучение соматического, неврологического и психического статусов, которые проводились соответствующими специалистами, а полученные результаты комплексно обобщались. Кроме того, использовались сведения о микросоциальных условиях среды, педагогические характеристики, медицинская документация в поликлиниках и школах, а также беседы с педагогами и родителями.

Результаты. Перемещение в незнакомую социальную среду в силу сложившихся обстоятельств, влияние стресса, связанного с непредвиденным структурным реформированием семьи, были теми факторами, которые позволили объединить их в общее понятие «виктимогенной семьи». Результаты полидисциплинарного обследования свидетельствовали о том, что такая трансформация семейного статуса лежала в основе причин депривированности детей. В данном контексте следует особо подчеркнуть, что обследованные дети мигрантов представляли собой уникальную модель для изучения депривационных состояний, обусловленных виктимогенными условиями, представленными множеством взаимообусловленных неблагоприятных ситуаций, которые были трудноразрешимыми. Для всех семей особенно остро стояли проблемы жилья, нередко воспринимавшиеся как экстремальные, а отсутствие в течение длительного времени постоянной работы приводило к резкому снижению материального обеспечения. Дополнительные сложности для успешной адаптации на новом месте возникали у лиц с высшим и средним специальным образованием в условиях значительного уровня безработицы. Так, лишь 5,3% из них смогли работать по специальности, притом, что 80,7% получили ту или иную работу, обеспечивающую их минимальный прожиточный уровень. Переживание социально-правовой незащищенности, в том числе частичное или полное выпадение из социального поля, комплекс ситуаций в виде «информационной психотравматизации», резкое ухудшение социального статуса приводило к возникновению разнообразных депривационных условий в семье, в которые попадал ребенок.

Указанные виктимогенные факторы фатально нарушали процесс семейного воспитания, поскольку семьи в неблагоприятных обстоятельствах миграции направили все свои основные усилия на выживание, что обусловило резкое падение их воспитательного потенциала. Кроме того, в виктимогенной семье часто формируется особый механизм социализации — «созависимость» родственников, где у детей появляются специфические психические комплексы, которые впоследствии лишают их возможности социального функционирования без воспроизведения усвоенных у родителей отношений и шаблонов поведения. Очевидно, что именно такие отношения

наблюдались среди семей мигрантов, и в первую очередь там, где отмечался относительно низкий уровень культурного, экономического развития и социального статуса.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ О НАСИЛИИ

Валеева А.М.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Казань

madam.pspe@yandex.ru

Вопросы предотвращения насилия над детьми и жестокого обращением с ними остаются актуальными и приоритетными в деятельности по защите прав и интересов ребенка в Российской Федерации. Профилактика насилия по отношению к детям и подросткам и организация помощи пострадавшим от насилия предполагает учет представлений о насилии субъектов и объектов насильственных действий. Этот аспект проблемы в настоящее время мало изучен. Целью данного исследования является изучение представлений подростков приютов о насилии.

Одним из аспектов проблемы насилия и жестокого обращения с детьми и подростками, который требует изучения, является само представление о насилии субъектов и объектов насильственных действий. Нами было проведено исследование представлений подростков приютов о насилии, о распространенности фактов насилия по отношению к подросткам со стороны взрослых и сверстников.

Целью исследования было выяснить, как часто подросткам приходится сталкиваться с насилием по отношению к себе или к кому-либо, и определить их отношение к этой проблеме.

Результаты. В анкетировании приняли участие 123 подростка социальных приютов для детей и подростков, им предлагалось ответить на 53 вопроса по данной проблеме. По мнению подростков, более всего в современном обществе подвержены жестокому обращению со стороны окружающих дети, подростки (58 %), женщины (33%), пожилые люди, старики (11%). По мнению детей, жестокому обращению в семье подвержены дети в 88% случаев; 67% детей были свидетелями жестокого обращения в семье, которое было совершено по отношению к женщинам. Как считают подростки, в семьях наиболее распространено физическое насилие (65%), психологическое насилие (35%); в 58% случаев по отношению к детям оно проявлялось в побоях, криках, оскорблениях против личности, в драках. В связи с этим у более половины подростков возникало «неприятное чувство»; в 33% случаев они испытывали эмоциональное потрясение, шок; на 8% опрошенных это не произвело никакого впечатления. Среди причин жестокого обращения в семье по отношению к ребенку, в первую очередь назывались: неустроенность жизни родителей (58%), употребление родителями алкоголя (42%), случаи, связанные с работой (33%). В другую группу причин подростками отнесены эмоциональная неуравновешенность родителей (25%), показ сцен насилия по телевизору (25%). В случае жестокого обращения 32% респондентов обратились бы за помощью к друзьям, к знакомым; к родным, родственникам – 17%, в социальные службы – 8%, 43% подростков никуда бы не обратились.

Таким образом, проблема насилия по отношению к детям и к другим категориям населения, пострадавшим от насилия, довольно распространенное явление. Опрошенные респонденты понимают недопустимость применения насилия. Однако, почти половина подростков не обращались и не получили помощи. Неприятие любого вида насилия и формирование безопасной среды жизнедеятельности ребенка необходимо формировать, прежде всего, в семье. Для родителей целесообразно ввести психологическое просвещение, направленное на гармонизацию отношений. Специалистам, работающим с детьми необходимо информировать детей о «телефонах доверия» и службах, которые могут оказать помощь при угрозе безопасности подростку, научиться выявлять тех, кто стал жертвой жестокого обращения и оказывать им помощь

ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ (ПФО)

Валинуров Р.Г.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа
rpbmzrb@mail.ru

Психическое здоровье является неременным условием интеллектуального и духовного потенциала общества, его социальной стабильности и гармоничного развития.

Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами в 2015 г. в Приволжском федеральном округе (ПФО) возрос на 1%, составил 349,8 на 100 тыс. населения, среди детского населения - 474,6 (увеличился на 2,3%). Наибольший показатель в Республике Мордовия (569,1) и в Пензенской области (466,2), низкие показатели - в Нижегородской (190,8) и Ульяновской (161,2) областях. Число инвалидов с психическими расстройствами в округе в 2015 г. - 83,4 на 10 тыс. населения, детей – инвалидов - 60,8 на 10 тыс. соответствующего населения.

Стационарная психиатрическая помощь населению в ПФО организована 37 психиатрическими больницами (25699 коек), психоневрологическими диспансерами (24) и психиатрическими отделениями в составе соматических больниц (40). Средняя обеспеченность психиатрическими койками составляет 8,6 на 10 тыс. населения: от 6,0 в Республике Татарстан до 12,2 в Удмуртской Республике.

Диагностическая структура лечившихся стационарно: 48,6% - психозы, из них 34,4% шизофрения, 27,0% - психические расстройства непсихотического характера, 9,2% - умственная отсталость и 13,4% - наркологические заболевания.

По-прежнему актуален вопрос недобровольной госпитализации. В 2014 г. недобровольно госпитализированные в ПФО составляли 12,3 %, в 2015 г. - 9,5%. Крайне низким остается показатель в Саратовской (0,1%), Пермской (0,2%) областях, Удмуртской Республике и Ульяновской области (0,5%). Еще критичнее ситуация с данным показателем при госпитализации детей: лишь в трех субъектах - Республики Башкортостан (11,9%), Татарстан (1,8%) и Чувашия (1,3%) - в отношении несовершеннолетних правовые нормы соблюдаются.

Амбулаторная психиатрическая помощь представлена амбулаторными психоневрологическими отделениями (57), психиатрическими кабинетами (407) и психотерапевтическими кабинетами (109). По состоянию на 01.01.2016 г. в ПФО врачами-психиатрами наблюдается 759330 пациентов, из них 333146 (43,9%) находятся на диспансерном наблюдении.

Внебольничная психиатрическая помощь в ПФО оказывается 66 дневными стационарами, 4 стационарами на дому, 2 ночными стационарами.

Показатель летальности в ПФО снизился на 0,14% по сравнению с 2014 г. и составил 1,1%. Остаются высокими показатели летальности в Пензенской, Кировской, Самарской, Ульяновской областях, превышая среднероссийский показатель почти в три раза.

Задачи, поставленные перед психиатрическими службами в настоящее время, направлены на оптимизацию деятельности путем переноса акцента с дорогостоящей стационарной помощи на дневные стационары, широкое применение психореабилитационных программ (психообразование и просвещение), повышение качества оказываемой помощи и ее доступности.

СЛУЖБА В АРМИИ И ПОЛУЧЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ФАКТОРЫ АГРЕССИИ И АУТОАГРЕССИИ У ЛИЦ С СЕКСУАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Вальздорф Е.В., Незнанов Н.Г.

ГКУЗ «Ленинградский областной психоневрологический диспансер»,
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург
elenaValzdorf@yandex.ru

Цель исследования: выявить нефатальных суицидентов с установленным диагнозом сексуального расстройства, проходивших срочную службу в рядах Российской армии, установить связь выявленного сексуального расстройства с периодом службы подэкспертного – суицидента в армии, а также определить наличие либо отсутствие полученного образования лицом с

установленным диагнозом сексуального расстройства и его влияние на совершение подэкспертным-суицидентом преступлений против половой неприкосновенности.

Материалы и методы. Обследованы лица, привлекаемые к уголовной ответственности за тяжкие и особо тяжкие преступления в количестве 101 человека, которые к моменту проведения в отношении них судебно-психиатрической экспертизы носили статус нефатальных суицидентов. Использовался клинико-психопатологический, катамнестический, статистический (критерий сопряженности – χ^2 Пирсона) и патопсихологический (с использованием шкал и опросников: депрессии Гамильтона, Спилбергера-Ханина, Басса-Дарки, суицидального риска) методы исследования.

Результаты. При статистическом анализе подэкспертных-суицидентов, страдающих сексуальными расстройствами (педофилией, сексуальными дисфункциями, расстройством оргазма, повышенным половым влечением), с другими анамнестическими данными (служба в армии и наличие образования) в количестве 13 человек, было выявлено следующее: проводя сравнение и анализ параметра «полученное образование» с параметром «выявленные сексуальные расстройства» ($\chi^2=10,26583$, $df=5$, $p=0,06805$) установлено, что 4 (3,96%) человека с выявленным сексуальным расстройством из 37 (36,63%) суицидентов имели неполное среднее образование; 4 (3,96%) из 19 (18,81%) человек имели неполное среднее образование и специальность и при этом выявляли сексуальное расстройство; 3 человека (2,97%) из 12 (11,88%) имели полное среднее образование (окончили 11 классов общеобразовательной школы) и 2 человека (1,98%) из 5 (4,95%) имели высшее образование и выявляли сексуальное расстройство. Исходя из данных статистики и подсчета результатов сравниваемого параметра «служба в армии» с параметром «выявленные сексуальные расстройства» ($\chi^2 =7,735930$, $df=3$, $p=0,05180$), было установлено, что 4 человека (3,96%) из 11 (10,89%) суицидентов, служивших в армии в течение 2-х лет, выявляли во время проведения судебно-психиатрической экспертизы сексуальное расстройство, а это почти половина среди прошедших службу. При этом у 1 человека (0,99%) из 3 (2,97%) суицидентов, прослуживших в течение 1 года в рядах Российской армии, также было выявлено сексуальное расстройство в форме педофилии.

Таким образом, исходя из полученных результатов исследования, можно сделать выводы о том, что наиболее образованные лица, имеющие высшее образование и носящие статус нефатального суицидента, более всего склонны к совершению сексуальных правонарушений: их оказалось почти половина в процентном соотношении с этим видом полученного образования. А такой параметр как служба в рядах Российской армии также в свою очередь повлиял на совершение преступлений против половой свободы личности и возникновение нефатальных суицидальных попыток лицом с установленным диагнозом сексуального расстройства.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЕКТИВНЫХ РИСУНКОВ У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ **Васильева С.М., Коряпина Ю.А.**

ГБУЗ «Областной клинический психоневрологический диспансер», г. Тверь
Ylia.Koryapina@mail.ru

Подростковый возраст является одним из периодов повышенного суицидального риска. Поэтому так важно распознать наличие суицидальных мыслей и своевременно оказать помощь. Важную роль в диагностике могут оказать проективные методы. Приведем особенности рисунков методики «Дом. Дерево. Человек.» у подростков с суицидальным поведением.

«Человек»:

- нарушение полоролевой идентификации: выделение среднего пола «оно», либо идентификация с мужской фигурой у девочек, что можно интерпретировать как отрицание собственной женственности, пренебрежение внешним видом, выделение актуальной части личности, а так же трудности самоидентификации в целом;

- отсутствие лица: можно интерпретировать как ощущение сенсорной изоляции, погруженность, сосредоточенность на внутренней проблеме, игнорирование внешних стимулов. Следует отметить, что лица у человеческой фигуры отсутствуют при достаточно хорошей прорисовке тела, что следует различать с формальным изображением человека («фигура из палочек»), где отсутствие лица можно трактовать как снижение мотивационного компонента;

- прижатые руки, руки за спиной, отсутствие рук: трудности в контактах, нарушение социального взаимодействия;

- неустойчивость позы, маленькие ступни, расположение «на носочках»: проблема психологической устойчивости в жизни;

- в некоторых случаях можно наблюдать проецирование суицидальных переживаний на рисунок: порезы на руках, перечеркнутая, заштрихованная шея, наличие символики и атрибутов смерти (кресты, черепа и т.д.).

«Дерево»: можно рассматривать как символ того, как человек чувствует себя в окружающей его реальности.

- мертвое, засохшее дерево: как показатель физической неполноценности, психологической неадекватности;

- дерево, страдающее от какого-то внешнего фактора: считает окружающую среду виноватой в его трудностях;

- дерево, имеющее различные повреждения: дупло, сломанные ветки, расколотый ствол, как символы различных психологических травм.

«Дом»: может рассматриваться в двух вариантах как отношение обследуемого к самому себе и как его восприятие семьи. Обращает на себя внимание разрушенный дом, пустой, заброшенный. А так же необходимо отметить некоторые детали:

- дом на заднем плане: ощущение отстраненности в семье/желание ограничиться от окружения, отвергнуть то, что символизирует дом;

- отсутствие окон/дверей: нарушение контактов, замкнутость, нежелание впускать в свое «я».

В заключении необходимо подчеркнуть, что проективные рисунки только один из методов диагностики, используемый при работе с подростками с суицидальным поведением. Для того, чтобы выводы были достоверными, необходимо комплексное обследование. Наличие перечисленных признаков в рисунках не может гарантировать суицидальные мысли у подростка, а их отсутствие – свидетельствовать об обратном. Однако, в большинстве случаев выявленные критерии указывают на наличие определенных проблем и требуют более внимательного наблюдения и углубленной работы.

СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (СТ.22 УК РФ)

Вандыш В.В., Дадашев Р.Х.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

vandysh@mail.ru

Результаты исследований, накопленный практический опыт свидетельствуют, что ограниченная вменяемость оказалась весьма востребованным диагнозом при экспертизе лиц, страдающих органическим психическим расстройством (ОПР). (22.9% от числа признанных вменяемыми с зарегистрированным диагнозом ОПР, по данным отделения экзогенных психических расстройств Центра за последние пять лет). Это может быть объяснено прежде всего спецификой феноменологии ОПР - высоким удельным весом когнитивных, личностных, аффективных расстройств, причем – расстройств пограничных как в клиническом, так и в собственно экспертном отношении, когда актуализируется оценочная категория «...не в полной мере...». При обосновании выводов в соответствии со ст.22 УК РФ не может не учитываться и такое важное для методологии экспертизы обстоятельство как модифицирующее влияние возраста, что реализуется предпочтительностью приоритетных синдромов, механизмов противоправного поведения, а также особенностями прогноза. В этой связи ОПР может рассматриваться как перспективная исследовательская модель потому, что в зависимости от возраста перенесенной этиологически значимой экзогенной вредности могут быть дифференцированы два клинко-патогенетических варианта органического поражения головного мозга – дизонтогенетический и энцефалопатический с принципиально разными клинко-динамическими характеристиками. При их сопоставлении у обследованных а) молодого возраста – до 40 лет (41 набл., 70,7%); б) зрелого и пожилого возраста (17 набл., 29,3%) установлено, что общая тенденция клинической динамики в молодом возрасте, как правило, положительная с компенсацией болезненных проявлений (при отсутствии, естественно, дополнительных экзогений); в пожилом – неблагоприятная за счет включения инволюционных,

деструктивных механизмов, когда возрастной фактор приобретает собственно патогенетическое значение.

При повторных судебно-психиатрических освидетельствованиях лиц с ОПР норма ограниченной вменяемости может оказаться своего рода этапным экспертным решением, отражающим меняющееся психическое состояние подэкспертного в соответствии с характером клинической динамики на последовательных возрастных этапах. Подэкспертный, признанный невменяемым в связи с выраженной органически обусловленной задержкой психического развития, при освидетельствовании спустя несколько лет в рамках повторного привлечения к уголовной ответственности может быть признан ограниченно вменяемым. Такое решение будет обоснованным при констатации трех необходимых предпосылок: а) положительная динамика заболевания, соответствующая б) определенная редукция имевшихся в прошлом расстройств, тем не менее, в) не столь значительная (недостаточная для обоснования вменяемости). У лиц, страдающих ОПР, в пожилом возрасте актуальна иная экспертная проблема – оценка соответствия степени органически обусловленных дефицитарных расстройств критериям невменяемости; альтернативное в этом случае экспертное решение – «ограниченная вменяемость».

Таким образом, норма ограниченной вменяемости избирается как категория экспертной оценки, адекватная определенному возрастному этапу клинической динамики: при этом в первом случае – при ее сопоставлении с нормой вменяемости, во втором – невменяемости.

ЭКСПЕРТНЫЕ ВЫВОДЫ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ СЕКСОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Введенский Г.Е., Штарк Л.Н.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
vvedensky_georg@mail.ru

Категоричное утверждение о наличии парафилий может быть затруднительным в случаях существенного дефицита информации ввиду отрицания деликта подэкспертным (отсутствие самоописания), декларации отсутствия нарушений в психосексуальном развитии, половом поведении, противоречивости или дефиците информации при анализе данных материалов уголовного дела и сексологического обследования, что в ряде случаев создает предпосылки для формулирования некатегоричных (вероятностных) выводов или отказа от дачи заключения.

Цель исследования: уточнение оснований и условий формулирования категоричных и некатегоричных (вероятностных) экспертных выводов, отказа от дачи заключения в ходе комплексных судебных сексолого-психиатрических экспертиз.

Материалы и методы. Было проанализировано 137 судебных сексолого-психиатрических экспертных заключений ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» за 2013-2014 гг., в которых отсутствует самоописание (отрицание деликта). Из них в 63 случаях был сделан категоричный утвердительный вывод о наличии парафилии по материалам дела; в 69 случаях дан категоричный вывод об отсутствии у подэкспертного расстройства сексуального предпочтения; вероятностный вывод о наличии расстройства сексуального предпочтения дан в 3 экспертных заключениях и в 2 заключениях сформулирован отказ от дачи заключения.

Результаты. Условием для формулировки категоричного вывода о расстройстве сексуального предпочтения при отрицании деликта подэкспертным является наличие в материалах уголовного дела непротиворечивого описания стойкого повторяющегося паттерна поведения с фиксацией на определенном объекте при длительности аномального поведения более 6 мес.

При несоблюдении критерия длительности (аномальное сексуальное поведение по объективным данным менее 6 месяцев), в случае двух и более криминальных эпизодов, при очевидной стереотипности паттерна поведения, характерного для определенного варианта парафилии, а также при наличии подтверждения гипотезы о наличии парафилии совокупностью косвенных (непосредственных и опосредованных) признаков, положительных результатов параклинических методов (психологического, психофизиологического исследования) возможен вероятностный вывод о наличии расстройства сексуального предпочтения.

Решение о невозможности дать экспертное заключение эксперт выносит в случае противоречивости полученных сведений по данным материалов уголовного дела и результатам

сексологического обследования и дополнительных методов исследования, что не позволяет решить вопрос о наличии или отсутствии у подэкспертного расстройства сексуального предпочтения.

Дифференцирующим фактором между различными экспертными выводами являются длительность аномального поведения, противоречивость/непротиворечивость его описания и подтверждение или опровержение предположений совокупностью косвенных признаков и результатами дополнительных методов исследования.

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА, СТРЕССОВЫЙ СИНДРОМ И ДЕПРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

**Вельтищев Д.Ю.¹, Лисицына Т.А.², Ковалевская О.Б.¹, Серавина О.Ф.¹,
Зелтынь А.Е.¹, Дрождина Е.Н.¹**

¹ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии,

²НИИ Ревматологии им. В.А.Насоновой, г. Москва

dveltishchev@gmail.com

В последние годы в связи с критикой концепции невроза в международных классификациях, наблюдается существенное снижение внимания к психическим травмам при диагностике психических расстройств, что приводит к сужению возможностей профилактики и ухудшению эффективности лечения. Более того, врачи редко диагностируют и учитывают при лечении стрессовый синдром, характерный для острых и хронических стрессовых расстройств (острой стрессовой реакции, посттравматической стрессовой реакции, расстройств адаптации) и часто сопутствующий депрессии. Между тем, как экспериментальные, так и проспективные эпидемиологические исследования свидетельствуют о значимости психических травм в развитии стрессовой предрасположенности и в провокации депрессивных расстройств. Кроме того, в последние годы установлена связь когнитивных нарушений, как с влиянием хронического стресса, так и с депрессивными расстройствами. Особую значимость эта проблема имеет среди пациентов общей медицинской практики в связи с соматизацией тревоги и депрессии, обусловленной соматическими симптомами психических расстройств и влиянием нейробиологических дистрессовых механизмов. Как следствие, больные, перенесшие психическую травму и страдающие психическими расстройствами, чаще, чем к психиатрам первично обращаются к врачам общей медицинской практики. Депрессивные расстройства имеют тесную клинко-патогенетическую связь со многими хроническими соматическими заболеваниями, обусловленную влиянием общих дистрессовых механизмов. Вследствие этого, психические травмы и психические расстройства существенно влияют на динамику и прогноз соматической патологии, приводя к снижению качества и продолжительности жизни.

В этой связи, в Московском НИИ психиатрии (филиале ФМИЦПН им. В.П. Сербского) совместно с НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой в рамках научной платформы разработана и реализуется междисциплинарная научная программа «Стрессовые факторы и психические расстройства у больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями». В задачи программы входит анализ влияния психических травм на предрасположенность, особенности клинической картины, динамику и прогноз, как психических расстройств, так и соматических заболеваний. В частности, установлено, что психические травмы и рекуррентные депрессии часто предшествуют развитию иммуновоспалительных ревматических заболеваний (ревматоидного артрита, системной красной волчанки, болезни Шегрена, системной склеродермии), включаются в общий патогенез, влияют на эффективность терапии и прогноз соматического заболевания. Своевременная диагностика и адекватное лечение психических расстройств с учетом влияния психических травм имеет несомненную профилактическую значимость, приводит к значительному улучшению качества и продолжительности жизни больных.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КУПИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ

Веракса А.Е.¹, Егоров А.Ю.^{2,3,4}

¹ Государственная психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова, г. Санкт-Петербург
cae08@inbox.ru

² Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова,

³ ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный университет,

⁴ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург
draegorov@mail.ru

Для клинической картины острых эндогенных психозов (ОЭП) характерна полиморфность и быстрота развертывания симптоматики: выраженная аффективная насыщенность, спутанность, растерянность, несистемные бредовые идеи, ощущение нереальности происходящего с последующим нарастанием онейроидной симптоматики и кататоническими явлениями.

Целью исследования являлся анализ фармакотерапии пациентов, страдающих ОЭП, для выявления более эффективных и безопасных схем лечения.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 102 пациента. Исследователи не влияли на выбор тактики лечения, её определял лечащий врач. В результате особенностей фармакотерапии пациенты попадали в одну из четырех групп: 1 - бензодиазепины (БД, n=13), 2 - монотерапия нейролептиками или сочетание одного нейролептика и одного бензодиазепина (НБД, n=48), 3 - комбинация вальпроевой кислоты с бензодиазепином или нейролептиком (ВБДН, n=14), 4 - полипрагмазия (ПП, терапия двумя препаратами одной группы или наличие четырех и более психотропных препаратов одновременно, n=27).

Результаты. Было установлено, что самой эффективной в скорости купирования ОЭП была группа БД (4,62±2,53 дней), в группах НБД и ВБДН длительность купирования приступа составляла 6,96±3,84 и 7,43±5,53 дней, а в группе ПП оказалась самой длительной - 24,48±10,83 дней. Различия по этому показателю были достоверны между БД и остальными группами (p<0,05), между группами НБД и ВБДН достоверных отличий не наблюдалось (p>0,05). Показатель длительности терапии в группе ПП достоверно отличался от всех других групп сравнения (p<0,001).

Нежелательные лекарственные реакции достоверно чаще наблюдались в группе ПП и отсутствовали в группе БД (p<0,001). Вероятно, это также связано не только с количеством используемых фармакологических препаратов, но и с кратковременностью полученной терапии вследствие быстрого купирования ОЭП (p<0,001 при сравнении показателей «наличие побочных эффектов», «длительность купирования ОЭП»). Статистически незначимым оказалось различие между группами НБД и ВБДН по встречаемости нежелательных лекарственных явлений у пациентов. У пациентов в группе БД не зафиксировано побочных эффектов. В группе НБД чаще других побочных эффектов наблюдались ригидность, тремор, ортостатические реакции и инфильтраты мягких тканей. В группе ВБДН по сравнению с НБД в 2 раза чаще встречались ригидность и тремор. По сравнению с НБД пациенты в группе ПП в 4,8 раз чаще страдали от тремора, в 3,2 раза чаще – от ригидности, также практически у трети пациентов этой группы наблюдалась сонливость, гипокинезия и акатизия.

Таким образом, для более быстрого и безопасного способа купирования ОЭП наиболее подходящими являются препараты бензодиазепинового ряда. Комбинация нескольких препаратов приводит к затяжному течению ОЭП и ухудшению переносимости вследствие возникновения различных побочных эффектов.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОДРОСТКОВ ГРУППЫ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

Виндорф С.А.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»,
г. Санкт-Петербург
kulisveta@mail.ru

В последние годы, несмотря на предпринимаемые меры, продолжается рост наркозависимости среди несовершеннолетних, продолжается омоложение потребителей наркотических средств, наблюдается снижение возраста первой пробы психоактивных веществ (ПАВ).

Проведенное нами исследование 400 подростков 14 – 18 лет, посещающих различные образовательные учреждения г. Санкт-Петербурга, показало, что 66% имело опыт употребления алкоголя в возрасте до 14 лет; 50% употребляют алкоголь не реже 1 раза в месяц; регулярно курят 33%, а 28% имело опыт употребления наркотиков. Таким образом, подростки являются одной из наиболее уязвимых категорий по вовлечению в употребление ПАВ. Поскольку в поле зрения специалистов наркологических амбулаторных учреждений, в основном, попадают несовершеннолетние с еще не сформировавшейся зависимостью, важнейшей задачей на этапе первичных проб ПАВ является выявление психологической склонности к формированию зависимости.

В связи с этим нами разработан комплекс методик, позволяющий с высокой достоверностью определять склонность к формированию зависимости. В него вошли перечисленные ниже психодиагностические методики.

1. Опросник ОВРЭП - «Выраженность реакции эмансипации у подростков» (В.В. Бочаров, С.А. Виндорф), являющийся психологическим инструментом, позволяющим относительно объективно выявлять качественные и количественные характеристики подростковой реакции эмансипации в контексте протекания пубертатного кризиса и возникновения отклоняющегося поведения у подростков.

Выявлено, что различия между группой наркотизирующихся подростков и контрольной выборкой являются высоко значимыми по всем показателям опросника. При психологической интерпретации «эмансипаторных профилей» наркозависимых подростков отмечено, что для них характерны гиперконфронтация с родителями, зачастую проявляющаяся в генерализованных семейных конфликтах, и выраженное стремление к достижению автономии ассоциальным способом, грубо игнорируя мысли, чувства и желания вовлеченных в процесс взрослых, а также семейные и общественные традиции и нормы.

2. Метод цветových выборов (модификация Л.Н. Собчик) - МЦВ.

Проведенное исследование показало, что данный метод является высоко эффективных при определении склонности к зависимости. Так, для наркотизирующихся подростков характерен выбор в качестве предпочитаемого желтый цвет (+4). Описанная Л.Н. Собчик интерпретация цветового выбора, означающая «пристрастие к забавам, игровому компоненту в деятельности, стремление к избеганию ответственности» у наркотизирующихся подростков отражает именно склонность к зависимости.

Таким образом, сочетание высоких баллов по опроснику «ОВРЭП» и выбор в качестве желтого предпочитаемого цвета по МЦВ позволяет на этапе первичных проб ПАВ выявить высокую вероятность формирования наркологической патологии у подростка. На основании психодиагностических данных возможна разработка эффективных превентивных мер для предотвращения развития зависимости.

СПОСОБНОСТЬ К МЕНТАЛИЗАЦИИ И ТИП ПРИВЯЗАННОСТИ У ДЕТЕЙ-СИРОТ*

Воликова С.В., Авакян Т.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии,
ГБОУ ВПО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва
svetlanavv2006@yandex.ru, tamaraavakyan16@gmail.com

Изучение социального познания является одним из актуальных направлений современных исследований в психологии. У детей-сирот выявляются нарушения социального познания, которые

могут быть связаны с последующими проблемами во взрослой жизни. С конца 70-х годов XX века за рубежом проводятся исследования, доказавшие связь между характером привязанности и развитием социального интеллекта. В настоящее время проводится исследование, направленное на изучение различных компонентов социального познания у детей-сирот. В работе представлены результаты исследования процесса ментализации у подростков-сирот с разным типом привязанности.

Материалы и методы. В группу испытуемых вошли воспитанники детского дома – 61 человек (39 мальчиков, 22 девочки) в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст 14 лет). Применялись следующие методики: для исследования привязанности - «Тест привязанности» (П. Шэйве, С. Хэзен); для изучения способности к ментализации – тест «Чтение психического состояния по глазам» (The Reading the Mind In the Eyes (Child Version)) (С. Барон-Коэн), модифицированный для подростков; для изучения социальной тревожности – «Шкала социального избегания и дистресса» SADS (Д. Уотсон, Р. Фрэндр).

Результаты. Испытуемые были разделены на 3 группы: 33 человека с надежным, 18 с избегающим и 10 с амбивалентным типами привязанности. В результате сравнения выявились достоверные различия между группой с надежным и избегающим типами привязанности ($p=0,021$). Дети-сироты с надежной привязанностью более успешно справлялись с распознаванием эмоциональных состояний по глазам, чем их сверстники с избегающим типом привязанности (среднее количество правильных ответов 11,3 и 9,7 соответственно). Корреляционный анализ выявил наличие отрицательной связи между успешностью распознавания эмоций по глазам и уровнем дистресса в социальных ситуациях у детей-сирот с избегающим типом привязанности ($-0,579$). Чем больше стресса и дискомфорта в ситуациях общения или иного социального взаимодействия испытывает подросток, тем хуже он дифференцирует эмоциональное состояние другого человека.

Можно предположить, что тип привязанности вносит существенный вклад в развитие социального познания. Преобладающая стратегия избегания, страх психологической близости, трудности в выстраивании глубоких, доверительных отношений с людьми приводят к обеднению опыта, затрудняют процессы понимания чувств и намерений окружающих людей. Этот результат соотносится с данными зарубежных исследований, но требует дальнейшего изучения с расширением и уточнением выборки.

**Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 14-18-03461.*

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, СОВЕРШИВШИХ ЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДЫ

Ворсина О.П.^{1,2}, Колмакова Н.Б.³

¹ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования»
Минздрава России,

²ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1»,

³ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер», г. Иркутск

ovorsina@mail.ru

Целью исследования явилось изучение особенностей мотивации и содержания суицидального поведения несовершеннолетних, совершивших завершённые суициды в Иркутской области.

Материалы и методы. Были проанализированы заключения посмертных судебно-психиатрических экспертиз Иркутского областного психоневрологического диспансера. Изучено 28 несовершеннолетних, совершивших самоубийство в 2011-2015 гг.: мальчики - 53,6%, девочки - 46,4%. Суициденты в возрастном аспекте распределились следующим образом: 5-9 лет -1 человек (3,6%), 10-14 лет -16 человек (57,1%), 15-17 лет -11 человек (39,3%).

Результаты. Установлено, что в 89,3% случаев суицидов в контингенте детей и подростков присутствовали психотравмирующие мотивы совершения самоубийства, в 10,7% случаев психотравмирующую ситуацию определить не удалось.

Анализ суицидогенных конфликтов показал, что ведущую роль при совершении завершённых суицидов играли семейные конфликты (моральное и физическое насилие со стороны членов семьи, смерть одного из родителей либо близких членов семьи, эмоциональная изоляция членами семьи, алкоголизация и аморальное поведение родителей) – 16 человек (57,1%) ($\chi^2=13,46$; $p<0,001$). Школьные конфликты (неудовлетворительные оценки за итоговые экзамены, боязнь насмешек со стороны сверстников и осуждения со стороны учителей) встретились у 3 человек (10,7%). Важно

отметить, что в 2 случаях суициды были совершены до официального получения неудовлетворительной оценки. Во всех случаях осуждения, наказания, насмешек со стороны взрослых и сверстников подростков, совершивших суицид, не было. Но только в одной семье родители подбадривали, успокаивали подростка, в двух других отнеслись к этому факту равнодушно, холодно, не понимали переживаний подростка. Конфликты со сверстниками (насмешки, оскорбления, вымогательство денег) отмечались в 2 случаях (7,1%). С такой же частотой встречались любовные конфликты (девушки 15 и 17 лет) и судебные конфликты (юноши, совершившие правонарушения).

По мотивам суицидального поведения (категории личностного смысла) дети и подростки, совершившие суицид, распределились следующим образом. Суицидальное поведение по типу протеста наблюдались в 15 случаях (53,6%) ($\chi^2=4,79$; $p<0,05$). Суицидальные действия с целью привлечения внимания к ситуации (призыв) встретились у 7 суицидентов (25%). Значительно реже выявлялись избегание угрозы, страданий – 2 человека (7,1%) и самонаказание - 1 человек (3,6%). Анализ длительности психотравмирующей ситуации показал, что наиболее часто суициду предшествовали конфликтные ситуации длительностью менее 1 года в 89,3%. Достоверно реже психотравмирующие ситуации длились более года - 10,7% ($\chi^2=34,57$; $p<0,001$).

Методом «психологической аутопсии» у детей и подростков, совершивших самоубийства, определено наличие пресуицидального периода у 9 человек (32,1%). Чаще всего в пресуицидальном периоде определялись сниженный фон настроения, переживания антивиталяного характера. Суицидальные высказывания удалось выявить в 7 случаях (25%), чаще всего они имели депрессивную окраску (обида, одиночество, недовольство близкими). Предсмертные записки были обнаружены лишь в 2 случаях (7,1%). В 67,9% суициды носили импульсивный немотивированный характер без пресуицидального периода ($\chi^2=7,14$; $p<0,001$).

Таким образом, проведенный анализ показал, что ведущая роль в возникновении суицидального поведения принадлежала реальным конфликтам. Наибольшее число суицидогенных конфликтов относилось к личностно-семейной сфере. Суицидальное поведение по типу протеста наблюдалось в 53,6%, призыва – в 25% случаев. Чаще всего пресуицид продолжался от нескольких часов до нескольких суток.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ

Выборных Д.Э., Хрущев С.О.

ФГБУ «Гематологический научный центр» Минздрава России, г. Москва

dvyb@yandex.ru

Данные исследований показывают, что в первый год после постановки диагноза онкологического заболевания значительно увеличивается риск проявления суицидального поведения. Неоднократно указывается на повышенный риск суицида среди пациентов с заболеваниями системы крови (лимфомой и множественной миеломой).

Процесс терапии заболеваний системы крови является источником многих дистрессов. Ответственность принятия решения о начале лечения, агрессивная полихимиотерапия, иммуносупрессия, возможная изоляция больного на период агранулоцитоза - все эти факторы, в сочетании с постановкой угрожающего жизни смертельного диагноза создают особые условия, способствующие формированию суицидальных мыслей (потеря смыслов, целей, снижение качества жизни) и даже, в отдельных случаях, суицидального поведения.

В ходе клинической беседы с врачом-психиатром и обсуждении проблем, как связанных, так и не связанных с решением вопроса о назначении лечения по поводу аффективного расстройства (нарушения сна, тревожность и т.п.) у ряда больных (5 пациентов на разных этапах проведения полихимиотерапии) выявлялись суицидальные мысли (присутствовавшие минимум на 2 визитах), однако не доходившие до клинического оформления в виде суицидальных действий. В целом для больных были характерны нарушения сна, эмоциональная лабильность, воспоминания о травмирующих событиях прошлого, заниженная самооценка, чувство собственной малозначимости. Больные отмечали острое желание прекратить страдания, нежелание зависеть от болезни. Перспективы дальнейшей жизни, даже при возможной ремиссии виделись пациентами в негативных тонах, а мысли о совершении самоубийства казались единственной возможностью прекратить

болезненные переживания, подавленность, тревогу. Прежние смыслы и ценности теряли свою значимость на фоне переживаемых страданий.

Психопатологически состояния квалифицировались в 2 случаях как нозогенная тревожная депрессия, в одном – органическое расстройство настроения, и еще в двух случаях диагностировался депрессивный эпизод средней степени. Терапия выявленных состояний носила двухэтапный характер. На первом этапе использовалась психофармакотерапия, на втором - психотерапевтические интервенции (экзистенциальная и когнитивно-поведенческая модальности). В рамках проведенной психотерапии была проведена работа со следующими переживаниями пациентов: тревога, отсутствие социальной поддержки, ухудшение течения заболевания, потеря привычного контроля над своим телом и ощущениями, болевые и другие беспокоящие соматические проявления основного заболевания, частые ситуации неопределенности. В результате проведенной терапии у всех 5 пациентов отмечалась нормализация настроения с дезактуализацией суицидальных тенденций.

Целесообразно проведение скринингового психолого-психиатрического исследования до начала терапии заболеваний системы крови с целью раннего выявления аффективных расстройств, на фоне которых имеется существенная вероятность развития суицидальных тенденций.

О РОЛИ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

Габрильянц М.А.

Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков,
Государственный антинаркотический комитет, г. Москва

gabrilyants_ma@fskn.gov.ru

Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г., утвержденной Указом Президента Российской Федерации № 690 от 9 июня 2010 г., определена цель по формированию многоуровневой системы, обеспечивающей доступность эффективных программ реабилитации.

Решение задачи создания на принципах государственно-общественного и государственно-частного партнерства региональных сегментов и инфраструктуры национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях, предусмотрено подпрограммой 3 государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. N 299.

Региональные сегменты национальной системы на функциональной основе объединят участников национальной системы из числа организаций всех форм собственности. Насчитывается порядка 900 негосударственных организаций, сообщивших о себе сведения, необходимые для участия в региональных сегментах. Наибольшее число таких организаций в Сибирском Федеральном округе (310), наименьшее – в Северо-Кавказском Федеральном округе (17).

Указанные организации можно классифицировать следующим образом: по форме собственности (коммерческие, некоммерческие); по юридическому оформлению (самостоятельные юридические лица, их структурные подразделения, самодеятельные группы поддержки и взаимопомощи); по условиям (амбулаторные, полустационарные, стационарные, смешанные); по содержанию программ (светские, религиозные, комбинированные); по длительности программ (краткосрочные, долгосрочные, промежуточные); по уровню (специализированные профессиональные, непрофессиональные); по обеспечению трудовой социализации (предусматривается, отсутствует).

В свою очередь, к псевдореабилитационным организациям можно отнести криминализированные, нарколиберальные (реализующие программы «снижения вреда»), экстремистские, а также деструктивные культуры.

Предпочтительны организации типа терапевтических сообщества с долговременными программами, возвращающие в социум граждан, полностью отказавшихся от потребления наркотиков и от участия в их незаконном обороте.

Требующими первоочередного решения проблемами являются следующие: преимущество государственных и негосударственных организаций по мотивированию, медицинской помощи, реабилитации и ресоциализации; подготовка кадров для реабилитационных организаций;

стандартизация и государственный контроль; стабильное финансирование по принципу государственного заказа.

Привлечение ресурсов негосударственных организаций будет способствовать существенному сокращению спроса на наркотики в результате широкомасштабной реализации мероприятий по комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков.

ПОСМЕРТНЫЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ СУИЦИДЕНТОВ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ

Гажа А.К., Баранов А.В., Казакова Е.Ю., Белевитина Н.А.

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», г. Тамбов

gazatpb@mail.ru

В последние годы констатируется рост случаев завершённых суицидов среди населения области, и, как следствие, увеличилась потребность в производстве судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ) в отношении суицидентов, практика назначения которых показывает, что подготовка материалов дела недостаточно качественная. Вместе с тем, актуальными остаются вопросы профилактики суицидального поведения, и материалы экспертиз можно использовать для получения необходимых данных для этих целей, поскольку они являются наиболее объективными.

В нашем исследовании была проанализирована практика производства данных СПЭ за два последних года в целях выявления наиболее актуальных проблем в организации назначения и проведения экспертиз и выявления предикторов суицидального поведения.

Как показывает анализ, в организации производства экспертиз краеугольным камнем является качество подготовки материалов дела. В 90% случаев приходилось заявлять ходатайства перед судебно-следственными органами о дополнении материалов дела. Как правило, это связано с недостаточностью информации, отражающей именно описание личности и ее место в социуме, а также то, что часто характеризующие и свидетельские материалы носят формальный характер. В большинстве случаев отсутствует письменная продукция самоубийц: дневники, рисунки, предсмертные записки, письма.

За период 2014-2015 гг. в Тамбовской психиатрической клинической больнице было проведено 18 СПЭ, в 90% случаях это были комплексные психолого-психиатрические экспертизы. Средний возраст суицидентов - 31 год, при этом 38,8% из них несовершеннолетние, преимущественно в возрасте 16-17 лет. Преобладали лица мужского пола – 11 человек. Обращает на себя внимание, что большинство суицидентов имели конфликтные взаимоотношения в семьях, члены которых прямо или косвенно, выражая свою враждебность, способствовали совершению суицидальных актов. Положительные характеристики личности имели место в большинстве случаев, а суициды совершались на высоте конфликта. Подавляющее большинство случаев – это первая попытка суицида. Вопреки распространённому мнению, алкогольное опьянение отмечалось только в 22% случаев. Среди способов совершения суицида преобладали самоповешение (44%) и падение с высоты (27%). В 49% случаев не выявлено признаков психического расстройства, однако в половине из них прослеживалось «кризисное психологическое состояние», способствующее суициду, и только треть обнаруживала психические расстройства пограничного регистра.

Таким образом, посмертная экспертиза охватывает широкий спектр вопросов: оценка психического состояния лица в период, предшествующий смерти, анализ индивидуально-психологических особенностей, исследование эмоционального состояния лица, покончившего жизнь самоубийством, что требует тщательной подготовки материалов уголовного дела. Анализ показывает, что преимущественно суициды совершали психически здоровые люди, имеющие конфликтные взаимоотношения, часто приводящие к психологической дезадаптации. Полученные данные можно учитывать в системе профилактики завершённых суицидов.

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

Газизова М.Ф.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа
gmf.psy@gmail.com

Одним из приоритетных направлений психиатрии и психотерапии, в частности, является своевременное выявление, лечение и реабилитация пациентов с пограничными психическими и психосоматическими расстройствами. Зачастую на всех этапах оказания психотерапевтической помощи, будь то в условиях многопрофильного стационара, либо, что чаще, в условиях специализированного учреждения, одним из ведущих факторов, снижающих эффективность лечения, является феномен стигматизации. С целью дестигматизации пациентов с пограничной психической патологией в 2011 г. в Республике Башкортостан был запущен пилотный для Российской Федерации проект – создано государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский клинический психотерапевтический центра МЗ РБ (Центр психотерапии) как юридически самостоятельное учреждение, не входящее в структуру ни психиатрической, ни наркологической служб. За 4 года работы учреждение показало хорошие результаты в плане первичной обращаемости пациентов: ежегодно амбулаторную помощь получают более 6 тыс. человек, из них более 1,5 тыс. детей и подростков. Более 820 человек в т.ч. 249 детей, проходят лечение в условиях дневных стационаров, и 1351 человек, в т.ч. 340 детей, - в условиях круглосуточных стационаров. Вместе с тем, в практике врачей, работающих в Центре психотерапии, периодически встречаются случаи стигматизации пациентов, а также их недостаточной мотивированности в отношении лечения.

Целью исследования явилось изучение проблемы стигматизации и ее влияния на комплаенс пациентов в условиях стационарных психотерапевтических отделений Центра психотерапии.

Материалы и методы. В исследование были включены 247 пациентов (216 женщин и 31 мужчина, средний возраст - $41,7 \pm 0,8$ лет) из двух стационарных психотерапевтических отделений, обратившихся в Центр психотерапии в период с октября 2015 г. по март 2016 г. Использовались два опросника: «метод оценки субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре» (Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, В.Д. Вид) и «опросник субъективного отношения к психотерапевтической помощи», разработанный совместно с кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии БГМУ. Было проведено 1028 психометрических измерений. Математическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программного обеспечения Microsoft Excel 2010 и Attestat с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

Результаты. Было показано, что в ходе терапии значительно улучшался показатель приверженности к медикаментозному и психотерапевтическому лечению (65 и 47,5%, соответственно; $p \leq 0,05$). При изначально низкой комплаентности показатели улучшались в период лечения преимущественно за счет психообразовательных мероприятий и субъективной оценки условий пребывания. В этой группе преобладала доля пациентов, обратившихся по рекомендации родных, знакомых или врачей-интернистов. К концу лечения увеличилась доля пациентов, желающих рекомендовать своим знакомым обратиться за психотерапевтической помощью (с 12,3 до 75,9%; $p \leq 0,05$).

Таким образом, в ходе лечения в стационарном психотерапевтическом отделении у больных с пограничными психическими расстройствами формируется комплаентность, проявляющаяся повышением мотивации к лечению и дестигматизацией.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

Ганзенко М.А., Мазо Г.Э.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург
maga_85@mail.ru

Депрессия – общемедицинская проблема, влияющая не только на качество жизни, социальное функционирование пациентов, но и способствующая утяжелению течения и

неблагоприятным исходам большого количества соматических заболеваний. Распространенность депрессии у женщин в 2 раза выше, чем у мужчин. При этом в период менопаузального перехода женщины становятся еще более уязвимы для развития депрессии. Профилактика депрессии у женщин среднего возраста является важным аспектом сохранения качества жизни в этот период.

Наиболее обоснованная причина формирования депрессии – изменение гормонального фона в связи со снижением овариальной функции и, как следствие, нестабильность концентрации половых стероидных гормонов в периферической крови. Половые стероиды, а именно эстрогены и прогестины оказывают влияние на нейротрансмиттерные системы, имеют нейропротективное влияние посредством ограничения оксидативного стресса. Наибольшая уязвимость к формированию депрессии определяется нестабильностью уровня эстрогена и недостаточными адаптационными резервами организма, определяющими возможность функционировать в нестабильных условиях. Кроме биологических факторов, значимую роль в формировании депрессии имеют социальные и поведенческие аспекты. Таким образом, формирование депрессии зависит от комплексного взаимодействия множества факторов.

Современная медицина нуждается в разработке способов профилактики формирования депрессивного синдрома у женщин в период менопаузального перехода. Одна из задач этого направления – определения женщин, составляющих группу риска по развитию депрессивной симптоматики.

В качестве признаков более высокой вероятности формирования депрессии в период гормональной нестабильности стоит указать наличие депрессии в прошлом, умеренные и тяжелые формы предменструального синдрома, послеродовые депрессии, выраженные менопаузальные симптомы, потерю работы, финансовые трудности, одиночество.

При выявлении одного или нескольких аспектов, женщины в возрасте 45-57 лет нуждаются в комплексном подходе к решению существующих проблем. В каждом случае необходимо решение вопроса о возможности назначения менопаузальной гормональной терапии или использовании фитоестрогенов для уменьшения нестабильности гормонального фона, необходима работа с психотерапевтом для восстановления уровня социального функционирования. Такие женщины нуждаются в ноотропной и сосудистой терапии, в том числе влияющей на уровень нейротрофического фактора мозга, в назначении витамина Д для снижения риска остеопороза.

Кроме того, стоит особо отметить необходимость коррекции образа жизни женщин в среднем возрасте. Избыточный вес, отсутствие физической нагрузки могут приводить к существенному ухудшению качества жизни. Женщины в период менопаузального перехода особенно нуждаются в формировании корректного пищевого поведения, в постепенном, не травмирующем увеличении активности. Эти усилия снижают риск формирования депрессии, а так же риск сердечно-сосудистых осложнений, нарушений работы опорно-двигательного аппарата.

ОПЫТ СНИЖЕНИЯ МАСШТАБОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Гареев И.Ф., Байков И.Р., Юлдашев В.Л.

ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер № 1» Минздрава Республики Башкортостан,
г. Уфа

omko1@mail.ru

В Республике Башкортостан реализованы следующие республиканские целевые программы: «Снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактика алкоголизма среди населения Республики Башкортостан на 2012-2014 годы», «Формирование здорового образа жизни у населения Республики Башкортостан, включая сокращение потребления алкоголя, табака и борьбу с наркоманией на 2011-2014 годы». В настоящее время действует долгосрочная целевая программа «Развитие здравоохранения Республики Башкортостан» на 2013-2020 годы; Подпрограмма «Противодействие злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту» государственной программы «Обеспечение общественной безопасности в Республике Башкортостан» на 2015-2020 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Башкортостан от 31.12.2014 г. № 670.

Программами предусмотрена реализация комплекса мероприятий по проведению профилактических мероприятий по сокращению потребления алкоголя, а именно: организация

мониторинга складывающейся наркологической ситуации на территории Республики Башкортостан; осуществление медицинской и социально-психологической реабилитации больных алкоголизмом, наркоманией; анализ динамики показателей уровня злоупотребления алкогольной продукцией на территории Республики Башкортостан; совершенствование системы раннего выявления, лечения и медико-социальной реабилитации лиц, имеющих алкогольную, наркотическую и табачную зависимость; профилактика алкоголизма, наркомании и табакокурения; выработка негативного отношения населения к употреблению наркотиков, алкогольной продукции, табака и создание стимулов для проведения общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения, и механизмов их поддержки; совершенствование системы подготовки специалистов, работающих с детьми, несовершеннолетними и молодежью и осуществляющих деятельность по профилактике алкогольной, наркотической и табачной зависимости.

На базе ГБУЗ РНД №1 организован Координационный центр по комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков. Координационным центром отлажена работа с 8 некоммерческими реабилитационными центрами, прошедших соответствующий квалификационный отбор. Также заключен договор о совместной деятельности с медико-психологическим центром для несовершеннолетних, созданным по линии Министерства образования, организовано обязательное консультирование подростков, поступающих в данный центр, специалистом наркологом.

Специализированная наркологическая помощь населению республики оказывается в соответствии с Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в Республике Башкортостан и в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 929н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Наркология»». Все лечебно-профилактические учреждения, подведомственные Минздраву Республики Башкортостан, оказывающие специализированную помощь по наркологии лицензированы, специалисты сертифицированы.

ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, НАХОДЯЩИМСЯ НА СТАЦИОНАРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Гатин Ф.Ф., Миннетдинова Л.М., Гатин Э.Ф.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Казань
liliya57@mail.ru

Оказание психиатрической помощи лицам, находящимся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе (СПЭ), осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации в области здравоохранения и Федеральными Законами: «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» и «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»

Ст.ст. 31, 32 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» гласят: «Медицинская помощь лицу, в отношении которого производится судебная экспертиза, может оказываться только по основаниям и в порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации о здравоохранении», и «Лица, не содержащиеся под стражей, в период производства судебно-психиатрической экспертизы пользуются правами пациентов психиатрических стационаров, установленными законодательством Российской Федерации о здравоохранении».

Лечение, как предусмотрено ст.ст. 4, 11 Закона «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» осуществляется с согласия самого подэкспертного. В случае, когда необходимость лечения существует, но подэкспертный не дает согласия на него, применяются нормы ст.ст. 11 и 29 вышеупомянутого Закона. Это означает, что в этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров. В случае, когда состояние подэкспертного представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, решение может быть принято врачом единолично.

Несмотря на однозначное указание закона, в случае необходимости лечения лиц, находящихся на судебно-психиатрической экспертизе, существует неоднозначное отношение к этой ситуации. Существует мнение, что терапия психотических симптомов меняет истинную картину психического состояния подэкспертного, что препятствует проведению лечения. В то же время, следует указать, что адекватный ответ на антипсихотическую терапию, в свою очередь, является

диагностическим критерием психического состояния подэкспертного. Недопустимо прерывать проводимую противосудорожную или противорецидивную поддерживающую терапию, так как это может спровоцировать обострение психотических симптомов или учащение пароксизмальных состояний.

При оказании психиатрической помощи лицам, находящимся на стационарной СПЭ, необходимо учитывать особые требования к ней, таких, например, как выделение тех критериев психических расстройств, которые обязательны для обоснования диагноза в соответствии с тем объемом диагностических критериев, который соответствует избранной кодировке диагностического стандарта (МКБ-10). В некоторых случаях возникает необходимость продления наблюдения, о чем составляется ходатайство в суд в соответствии с ч.3 ст. 30 Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

РАЗРАБОТКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ И ФАРМАКОТЕРАПИИ: ЗНАЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Герасимчук М.Ю.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова»
Минздрава России, г. Москва
marigeras@yandex.ru

Интерес к биологическим ритмам человека прослеживается на протяжении двух с половиной тысяч лет. Сезон рождения имеет хорошо известное влияние на развитие нейropsychических заболеваний. В своем классическом труде «Гениальность и помешательство» (1882) Чезаре Ломброзо отводил отдельные главы для описания влияния «атмосферных и метеорологических явлений на рождение». Масштаб проводимых в последние годы исследований ($n = 29,183,034$; по Disanto,) демонстрирует крайнюю заинтересованность исследователей этой областью психиатрии. Японский исследователь Shimura, изучая выборку пациентов из Токио с маниакально-депрессивным расстройством, рожденных в период с 1841 по 1940 гг. показал, что осенний пик рождений, характерный для второй половины 19 века, сменил весенний пик нового 20 века.

Цель исследования: изучить характерный хронобиологический паттерн на примере распределения сезона рождения у больных с депрессией.

Материалы и методы. Критериям включения соответствовали больные ($n=29$) в возрасте от 22 до 74 лет, с верифицированными в соответствии с критериями МКБ-10 диагнозами: Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии (F31.3–F31.4); Депрессивный эпизод (F32); Рекуррентное депрессивное расстройство (F33). Средний возраст больных составил $51,13 \pm 8,77$ года. Обязательным условием было получение письменного информированного согласия на участие в исследовании. Критерии невключения: возраст младше 18 лет; беременность; депрессия в рамках шизофрении, органического поражения ЦНС, болезней зависимостей. Критерии исключения: отказ пациента от участия; тяжёлое соматическое состояние, возникшее в ходе исследования. Для стандартизации результатов применялись психометрические опросники, рекомендованные для эпидемиологических исследований: Шкала для оценки тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS), Шкала общего клинического впечатления (CGI). Статистическая поддержка осуществлялась с применением программ Excel, SPSS Statistics 22.

Результаты. Анализ полученных в ходе исследования данных показал, что распределение дат рождения по сезонам среди больных с моно- и биполярной депрессией значительно различалось. У больных с биполярным аффективным расстройством выраженный пик сезона рождения приходился на январь, спад – на осенние месяцы (сентябрь, октябрь). Наиболее частый месяц рождения у больных с впервые выявленным депрессивным эпизодом – май, при рекуррентном депрессивном расстройстве – июнь. Полученные данные являются предварительными, исследования продолжаются.

Сезонные изменения оказывают влияние на окружающую среду (посредством изменения климата, инфекционных заболеваний, интенсивности солнечного излучения, особенностей диеты, поступления витамина D), в то же время факторы среды вступают во взаимодействие со специфическими нейробиологическими механизмами, лежащими в основе аффективных расстройств. Выявление характерных для конкретного больного хронобиологических закономерностей имеет

практическое значение для разработки индивидуализированных стратегий диагностики, ведения и психопрофилактики пациентов.

АНАЛИЗ ПРЕДПОСЫЛОК ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕПСИХИАТРИИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Гершенович Г.М., Петров А.С., Мокшина Т.О.

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», г. Красноярск

kpnd-petrov@mail.ru

Учитывая масштаб последствий компьютеризации и информатизации в различных сферах деятельности, нетрудно предположить, что в скором времени большинство задач, в том числе в медицине, будет решаться с использованием информационных технологий. Идея проведения медицинского обследования через каналы телекоммуникаций не нова, однако, несмотря на долгую историю, телемедицина все еще находится в стадии формирования, что относится и к ее использованию для производства судебно-психиатрической экспертизы.

К настоящему времени есть только отдельные попытки внедрения в некоторых регионах Российской Федерации телепсихиатрии для производства судебно-психиатрической экспертизы (Хабаровский край, Красноярский край и др.). В то же время очевидна ее высокая востребованность в регионах с низкой плотностью населения, где доступность обычных видов экспертизы ограничена в связи с расходами на транспортировку и большими расстояниями, дефицитом психиатров-экспертов. Внедрение данной технологии в практику судебно-психиатрической экспертизы стало возможно за счет наличия необходимых предварительных условий (предпосылок).

Социально-психологические предпосылки заключаются в том, что в условиях информационного общества общение в интернет-пространстве, в том числе с использованием видеотехнологий, стало настолько привычным, что приблизилось по своей естественности к обыденному. Онлайн-социальные сети становятся все более основной формой общения, причем для многих людей она является гораздо более чувственной и интимной, чем общение в обычной реальности. То есть подэкспертные психологически готовы воспринимать психиатрическую беседу с использованием телекоммуникационных технологий как аналог обычного психиатрического осмотра.

Организационно-технические предпосылки обоснованы тем, что широкое распространение в здравоохранении, даже на уровне районных больниц, получили широкополосные каналы связи для видеоконференций, обеспечивающие в режиме реального времени изображение высокого качества и конфиденциальность передаваемой информации. Многолетний успешный опыт телепсихотерапии, при которой обязательные условия формирования эмпатии и раппорта, предполагающие не только глубокое понимание речи клиента, но и внимательное наблюдение врача-психиатра за интонациями, жестами, мимикой дает основание утверждать, что психиатрическая беседа, как основа экспертного исследования, в видеорежиме ничем не отличается от обычной – лицом к лицу.

Из нормативно-правовых предпосылок ведущей является существование в правовом поле заочной экспертизы, по аналогии с которой телекоммуникационную экспертизу можно расценивать как заочно-дистанционную. Уместно экстраполировать широко используемую и закрепленную соответствующими нормами УПК РФ практику допроса участников процесса в судебном заседании с использованием видеосвязи (при условии их согласия) как обоснование правомерности производства судебно-психиатрической экспертизы с использованием аналогичной технологии.

С учетом отмеченных предпосылок и практического опыта работы для полной легитимизации есть все основания включить амбулаторную телекоммуникационную судебно-психиатрическую экспертизу как самостоятельный вариант экспертизы в Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

Гиленко М.В

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им.В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
mgilenko@yandex.ru

Распространенность и социальная значимость органических психических расстройств и зависимости от алкоголя обуславливают необходимость изучения их клинико-динамических особенностей и специфики коморбидных соотношений для выработки единых подходов и повышения доказательности и научной обоснованности экспертных заключений.

Клинико-психопатологическим и статистическим методами обследованы 302 совершеннолетних обвиняемых мужского пола (средний возраст $40,5 \pm 13,3$ года), прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского». Основным критерий отбора – установленные диагнозы (F00-F09) «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» и (F10.2, 10.7) «Синдром зависимости; резидуальные и отсроченные расстройства вследствие употребления алкоголя», как патология, сочетанная с органическим психическим расстройством (ОПР), либо имеющая самостоятельное этиопатогенетическое значение.

Установлено, что ОПР и зависимость от алкоголя - коморбидная патология со специфическими клинико-патогенетическими соотношениями составляющих ее психических расстройств, изначально патогенетически разных, но в процессе клинической динамики обретающих общность патогенетических механизмов (деструктивных) с нивелированием нозологических различий на отдаленных этапах, что схематично может быть представлено как «сочетанность → коморбидность → эквивиальность».

Проведенное исследование позволило выделить последовательные этапы клинической динамики коморбидной патологии: начальный (средняя длительность $5,2 \pm 3,1$ года; $n=74$; 24,5%), этап сформированной коморбидной патологии ($12,1 \pm 5,5$ года; $n=141$; 46,7%) и отдаленный этап ($19,5 \pm 9,2$ года; $n=87$; 28,8%).

На начальном этапе клинической динамики коморбидной патологии исследованные состояния представляют собой разные варианты «сочетанных расстройств», соотношения ОПР и зависимости от алкоголя носят независимый с точки зрения патогенеза патопластический и патокинетический характер; оптимальной диагностической моделью является «двойной диагноз», формулируемый в соответствии с последовательностью становления психических расстройств. На этапе сформированной коморбидной патологии в рамках прежних диагностических моделей (ОПР или зависимость от алкоголя) коморбидность расстройств носит отчетливый взаимовлияющий характер с общностью патогенетических механизмов, суть которых состоит в преобладании деструктивных процессов. На отдаленном этапе течения коморбидной патологии межнозологические различия утрачиваются, диагностическая модель болезни изменяется с «сочетанного» расстройства на ОПР смешанной этиологии с приоритетной его значимостью для экспертной оценки.

Таким образом, приведенная дифференциация имеет значение для выбора оптимальной диагностической модели, так как определяет специфику коморбидных соотношений (патогенетическое, патопластическое или патокинетическое влияние) ОПР и алкогольной зависимости – относительно независимых на начальном этапе и взаимозависимых – на последующих. Учет характера коморбидных соотношений позволяет повысить эффективность диагностического процесса, объясняя выбор приоритетной диагностической категории, атипичность расстройства, характер динамики на определенном этапе.

ДЕПРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ

Гильманов А.Х.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа
gilmanow.ajrat2015@yandex.ru

Депрессия – душевное состояние, для которого характерны подавленное, тоскливое настроение, чувство печали и тревоги, заторможенность речи и движений у детей и подростков. Больные депрессией полностью утрачивают способность получать удовольствие или испытывать радость от чего-то ни было. У них появляется безразличие и даже раздражение по отношению ко всему, что вызывало интерес и радость.

Речь тихая, немногословная; движения замедленны; выражение лица скорбное. Они испытывают чувство бессилия, слабости, неприятные ощущения в сердце, боли в голове, ногах. Аппетит отсутствует. Сон становится беспокойным, появляются кошмарные сновидения и ранние пробуждения.

Депрессия у детей и подростков часто встречается в виде маскированной депрессии в структуре психосоматических расстройств. Особенностью проявлений депрессии у детей и подростков является ее массивная соматизация, которая характеризуется полиморфными вегетовисцеральными нарушениями в различных органах и системах (пищеварительной, кожной, респираторной, двигательной, сердечно - сосудистой, выделительной, эндокринной), нарушениями терморегуляции и алгическими проявлениями. Только у 10,7% обследованных связанные с депрессивными вегетовисцеральные нарушения отмечались в одной системе, у 89,3% больных они носили полисистемный характер. Вегетовисцеральные расстройства проявляется в виде психосоматических реакций - 14,9%, в форме психосоматических состояний - 68,5%, в виде психосоматических заболеваний – в 16,6%. Реакции чаще отмечаются в раннем детском возрасте, состояния – в последующих, заболевания – в старшем подростковом.

У обследованных детей выделены следующие генетические факторы риска: психические нарушения у родственников – 18,7%; психосоматические заболевания ближайших родственников – 45,5%; у 23,4% из них – в тех же органах и системах. Патологические личностные особенности установлены у 34,8% отцов и 64,5% матерей. Явления невропатии на первом году жизни отмечались у 41,7 % обследованных. Акцентуированные черты характера выявлены у 99,6% больных. Церебрально-органическими факторами риска явились патология беременности 74,8%, родов - в 35% случаях, новорожденного – 30,6%. Резидуально-органическая недостаточность ЦНС выявлена у 84,7% обследованных, травма черепа, интоксикации, судорожные состояния – у 30,9%. Из психосоциальных факторов риска часто отмечались следующие: патология воспитания – в 68% случаев, нарушение системы мать - дитя – в 64%, или наличие братьев и сестер как стрессогенный фактор – в 54,4%, посещение детских учреждений – в 34,4%. Помимо этого отмечены психоэмоциональные перегрузки, конфликтные и неустойчивые отношения, смерть родителей или родственников, алкоголизм одного из родителей, тяжелые заболевания родителей.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕЕСПОСОБНОСТИ

Глазкова Т.Н., Гажа А.К.

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», г. Тамбов
glazkovatanja@rambler.ru

В современных социально-экономических и правовых условиях наиболее уязвимыми категориями населения оказались лица, страдающие психическими расстройствами. Спектр вопросов, касающихся защиты их прав и интересов, достаточно широк и включает в себя, в том числе, и актуальную в настоящее время, проблему дееспособности. Особенностью социально-правовой ситуации сегодняшнего дня является запрос на дифференцированный подход к оценке дееспособности лиц с психическими расстройствами.

Психосоциальная реабилитация в нашем исследовании осуществлялась согласно программе этапной реабилитации для всех пациентов, получающих стационарную и амбулаторную помощь. В результате выполнения психосоциальной программы реабилитации, выявились пациенты, которые

могли быть выписаны и проживать самостоятельно. Однако их социальный и юридический статус не давали в полной мере решать самостоятельно возникающие проблемы.

В областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» за период с 2003 г. по 2015 г., благодаря проводимым психосоциальным воздействиям, восстановлена дееспособность 13 пациентам.

При изучении клинико-социальных характеристик группы пациентов, которым была восстановлена дееспособность, были получены следующие результаты: 75% обследованных – это мужчины (1951 -1976 года рождения), средний возраст составил 51 год; 100% обследуемых – это инвалиды, преимущественно 2 группы (83,4%). Клинико-психопатологический анализ свидетельствует о том, что у 91,6% больных не прослеживалось отягощенности наследственными заболеваниями. В 16,6% случаев заболевание являлось врожденным. Диагноз, установленный при лишении дееспособности: 66,6% шизофрения (из них в 83,4% случаев с приступообразным типом течения и 16,6% вялотекущее), 16,7% умственная отсталость, 16,7% органическое заболевание головного мозга. Психическое состояние пациентов на момент восстановления дееспособности характеризовалось стабильностью, без ухудшения.

Все больные проживают самостоятельно и некоторые из них смогли создать семью (5 человек). Под кураторством специалистов по социальной работе находятся 10 человек, которые регулярно посещают психосоциальные мероприятия. Смогли трудоустроиться 2 человека (неквалифицированный рабочий труд – работа уборщицей, выполнение строительных работ). У 3 человек наступила смерть в связи с возрастом. Все пациенты получают пенсию по инвалидности.

Таким образом, предпосылками восстановления дееспособности явились относительно благополучные социально-демографические показатели в преморбиде, положительная динамика психического заболевания, преимущественно у больных шизофренического круга, в результате адекватной психофармакотерапии с формированием достаточно стабильного состояния, определенных критических, прогностических и адаптационных возможностей, отсутствие острой и актуальной психопатологической симптоматики, влияющей на поведение лица, а также активная включенность пациента и его ближайшего окружения в процесс психосоциальной реабилитации.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ ВОЕННУЮ СЛУЖБУ ПО КОНТРАКТУ

Гончаренко А.Ю.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

gongcharenko7@yandex.ru

К настоящему времени увеличение распространенности психической патологии невротического спектра привело к тому, что, по образному выражению М.М. Кабанова, «малая психиатрия стала не большой, она стала огромной». Не менее острой данная проблема является и для вооруженных сил практически всех развитых стран. В литературе указывается, что в течение года после первой госпитализации по поводу невротических расстройств в армиях зарубежных государств увольняется до половины военнослужащих, что в несколько раз выше, чем при всех прочих заболеваниях. При этом у лиц, продолжающих военную службу, показатели военно-профессиональной деятельности резко снижаются. Указанные тенденции характерны и для Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ): невротические расстройства на протяжении многих лет являются ведущей причиной досрочного увольнения из армии, с ними связано значительное число суицидов, дисциплинарных проступков, аварийных ситуаций. В результате последовательных реформ в ВС РФ в настоящее время существенную долю в структуре личного состава армии и флота занимают военнослужащие, проходящие военную службу по контракту. При этом рассматриваемая категория военнослужащих является неоднородной по ряду признаков: например, возраст, образование, пол.

Нами была проанализирована заболеваемость психическими расстройствами (ф. 3-мед) в период 2003–2014 гг. у различных категорий военнослужащих, проходящих военную службу по контракту (1 группа – солдаты (матросы), сержанты и старшины, 2 группа – офицеры, 3 группа – военнослужащие-женщины). Сравнительный анализ среднегодовых показателей по рассматриваемой патологии показал их различия ($p < 0,05$) во всех исследуемых группах военнослужащих. Наиболее

высокий уровень заболеваемости был выявлен в третьей группе. При этом, расчет полиномиальной линии тренда прогнозирует ее дальнейшее увеличение с величиной аппроксимации $R^2 = 0,59$. В свою очередь, в первой и второй группах военнослужащих среднегодовые показатели заболеваемости за рассматриваемый период составили $5,49 \pm 0,28$ и $8,44 \pm 0,91\%$ соответственно.

При исследовании структуры психической патологии выявлено доминирование расстройств невротического спектра (F4) во всех сравниваемых группах. Так, за 12-летний период в первой группе их среднегодовые показатели составили около половины всех психических расстройств (48,4%), во второй группе были несколько меньше - 2/3 рассматриваемой патологии (58,3%), а наибольшая доля расстройств невротического спектра - 75,2% была выявлена в третьей группе. Следует отметить, что во всех исследуемых группах около половины (47, 46 и 47%) всех расстройств невротического спектра составляют соматоформные расстройства (F45).

Таким образом, заболеваемость психическими расстройствами различается у различных категорий военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, достигая наибольших значений у военнослужащих-женщин. При этом, в структуре психических расстройств у всех категорий военнослужащих по контракту (до 75% у женщин) преобладают расстройства невротического спектра (F4).

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Горобец Л.Н.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

gorobetsln@mail.ru

В настоящее время во всем мире отмечается рост интереса к вопросам социального функционирования и качества жизни психически больных. Социальное функционирование отражает реальную жизненную ситуацию (различные стороны положения пациента в обществе и его взаимодействия с окружающей средой), а качество жизни – это в первую очередь субъективное восприятие пациентом своего положения в жизни и удовлетворенность различными сторонами этого положения. И те, и другие указанные показатели являются очень важными компонентами оценки положения психически больного в социальной среде, результатов лечения и качества оказываемой помощи и должны использоваться в повседневной психиатрической практике.

Следует отметить, что значительное место в плане ухудшения социального функционирования и качества жизни психически больных занимают нейроэндокринные дисфункции, формирующиеся у больных в процессе психофармакотерапии. В контексте обозначенных проблем на первый план выступают вопросы стигматизации в психиатрии, которые распространяются на все психические заболевания каждого пациента и на его ближайшее окружение. Как известно, стигматизация в психиатрии в первую очередь связана с самим психическим заболеванием. Вместе с тем, наличие нейроэндокринных дисфункций (НЭД) в виде метаболических нарушений (ожирения), проблем фертильности, сексуальных дисфункций в значительной степени ухудшают качество жизни, особенно адаптированных в социальной среде пациентов. В этой связи очень важным являются два направления работы по минимизации НЭД. Первое направление (для психиатров) – разработка и внедрение в психиатрическую практику стандартов диагностики и коррекции НЭД. Второе направление (для пациентов и их родственников) - объективное информирование больного или его родственников о спектре нежелательных явлений, в том числе побочных эндокринных эффектов, развивающихся при антипсихотической терапии вообще и конкретным препаратом в частности, методах их профилактики, диагностики и коррекции. Важное значение имеет обучение больных доступным методам самоконтроля физического состояния (измерение массы тела, объем талии, объем бедер, артериального давления и др.). Необходимо рекомендовать больному сообщать о симптомах, характерных для НЭД, лечащему врачу. Кроме того, большое значение имеет образовательная лекционная работа с родственниками пациентов.

Таким образом, применяя указанные психосоциальные стратегии в отношении НЭД, становится возможным в значительной степени улучшить качество жизни больных с психическими расстройствами.

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ У ПОДРОСТКОВ С ЗАИКАНИЕМ

Горшкова Е.Н., Воликова С.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, ГБОУ ВПО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва
svetlanavv2006@yandex.ru, mne_katya@mail.ru

По оценке специалистов, заикание выявляется примерно у 2% детей и у 1,5% взрослых. Заикание сопровождается вторичной невротизацией, эмоциональными нарушениями. Доказано, что одним из факторов, влияющих на появление и течение эмоциональных нарушений, является перфекционизм. Наблюдения показывают, что у подростков с заиканием существуют перфекционистские установки и требования относительно собственной речи (ее плавности, стройности, грамотности, понятности и привлекательности для окружающих и др.). За рубежом эта тема только начинает исследоваться. Появляются предположения, что перфекционистские установки могут затруднять процесс реабилитации пациентов с заиканием.

Цель исследования: изучение связи перфекционизма, симптомов тревоги и депрессии и выраженности заикания у подростков.

Материал и методы: оригинальный опросник оценки заикания; детско-подростковая шкала перфекционизма (G.L. Flett), опросник детского перфекционизма (С.В. Воликовой, А.Б. Холмогоровой), оригинальный опросник речевого перфекционизма (С.В. Воликовой, Е.Н. Горшковой), личностная шкала тревожности (А.М. Прихожан), опросник детской депрессии CDI (М. Kovacs). Испытуемые: обследованы 35 подростков в возрасте от 13 до 17 лет (18 человек, страдающих заиканием и 17 человек без речевых нарушений). Сравнимые группы сопоставимы по полу и возрасту. У всех подростков есть разрешение от родителей или официальных опекунов на прохождение психологического тестирования.

Результаты. У подростков с заиканием значимо выше уровень депрессивности ($p=0,072$). 22% заикающихся отмечают у себя выраженные симптомы депрессии при отсутствии таковых в группе нормы. Чем выше субъективно оцениваемый уровень заикания, тем выше показатели депрессии. Имеются различия по параметрам школьной и межличностной тревожности: показатели этих видов тревожности также выше у заикающихся ($p=0,041$, $p=0,011$). У 22% заикающихся отмечается высокий уровень тревоги против 6% из группы нормы. Выявляется значимая прямая связь ($p=0,615$) детского перфекционизма с выраженностью заикания. Речевой перфекционизм у заикающихся превышает среднее значение группы нормы в два раза. Чем он выше, тем сильнее выражено заикание. Речевой перфекционизм значимо связан с уровнем депрессии ($p=0,711$) и тревожности ($p=0,536$).

У подростков с заиканием больше симптомов эмоционального неблагополучия в виде симптомов тревоги и депрессии. Выраженность заикания, речевого перфекционизма, эмоциональное неблагополучие взаимосвязаны, поэтому данные психологические факторы являются мишенями психотерапии подростков с заиканием. Можно предполагать, что снижение уровня перфекционизма и речевого перфекционизма может помочь изменить дисфункциональные установки относительно собственной речи, будет способствовать более эффективной реабилитации пациентов с заиканием.

ПРЕДИКАТЫ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гранкина И.В., Иванова Т.И.

БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой», г. Омск
iragrankina@yandex.ru, tanyiskiva@mail.ru

В настоящий момент одной из актуальных и злободневных задач различных направлений научных исследований является изучение причин катастрофического роста несовершеннолетней преступности, связанной с насилием и жестокостью, а также аутоагрессивного поведения детей. Однако до настоящего времени остаются открытыми вопросы изучения факторов формирования девиантных форм поведения у детей с психическими расстройствами, в частности, роли конституционально – биологических, соматических и социальных предпосылок.

Цель исследования: изучение predisпозиционных факторов формирования отклоняющихся форм поведения у детей в возрасте 7-12 лет с психическими расстройствами.

Материалы и методы. Оисследовано 130 детей – 105 мальчиков (80,7%) и 25 девочек (19,3%), находящихся на лечении в детском психиатрическом стационарном отделении БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» с симптомами отклоняющегося поведения. Среди которых дети с умственной отсталостью (F70, F71) (43,1%; n=56), дети с органическими поражениями мозга (F06.6 – 30%; n=39), дети с психическими расстройствами шизофренического спектра (F20.8, F21.8 – 26,9%; n=35). Также были набраны контрольные группы детей со сходными психическими расстройствами. Изучение predisпозиционных факторов возникновения отклоняющегося поведения у детей с различными видами психопатологии складывалось из следующих составляющих: анализ конституционально-биологических факторов (наследственности, конституциональных особенностей характеров родителей), анализ оценки предпосылок и проявлений ранних органических нарушений (течения беременности и родов у матери, особенностей раннего периода развития), анализ социализации ребенка (социальная адаптация ребенка, среда воспитания, патологизирующие формы воспитания).

Результаты. Проведенное исследование показало, что в генезе формирования отклоняющихся форм поведения у детей с психическими расстройствами наибольшее значение имеет нормальный социальный онтогенез ребенка, во вторую очередь – это ближайшее окружение, среда воспитания. Органическая несостоятельность нервной системы врожденного генеза имеет наименьшее значение в генезе формирования отклоняющихся форм поведения у детей. Учитывая данное обстоятельство, формирование превентивной программы профилактики преступности несовершеннолетних должно в первую очередь ориентироваться на создание наиболее благоприятной социальной среды воспитания ребенка.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ЛИЦ С БОЕВЫМ СТРЕССОМ В АНАМНЕЗЕ

Грачева Л.В., Сергеев В.А.

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Челябинск

sevanpol@yandex.ru

С целью поиска взаимосвязей между рядом факторов боевого стресса, проявлениями нервно-психической патологии, прежде всего посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и характеристиками социально-психологической адаптации на этапе отдалённых последствий (через 5 и более лет), обследовано клинически (в том числе с помощью «Шкалы для клинической диагностики ПТСР» – CAPS) и экспериментально-психологически (тестами «Опросник травматического стресса» – ОТС, «Миссисипская шкала» – МШ) 120 сотрудников ОВД составивших три группы изучения (по 40 человек в каждой). В 1-ю вошли лица участвовавшие в боевых действиях на Северном Кавказе; во 2-ю – находившиеся там же для охраны общественного порядка и не принимавшие участия в боях; в 3-ю (контрольную) – сотрудники ОВД не выезжавшие в «горячие точки».

Клиническое интервью зафиксировало наличие жалоб пограничного и психосоматического характера во всех трёх группах, с достоверным ($p < 0,001$) преобладанием таковых в 1-й (88%), относительно 2-й и 3-ей (43% и 30%) групп, с отсутствием значимых различий между двумя последними. Обследование с помощью CAPS обнаружило наличие субклинического уровня проявлений ПТСР у 17,5% лиц из 1-й группы при отсутствии признаков ПТСР у кого-либо из двух других групп ($p < 0,001$).

Экспериментально-психологическое исследование методикой ОТС выявило: в 1-й группе – признаки субклинического ПТСР у 70% респондентов и клинического (от лёгкой выраженности до тяжёлой) ещё у 17,5%; во 2-й группе – наличие показателей только субклинического уровня ПТСР и лишь у 12,5% ($p < 0,001$); в 3-ей – отсутствие любых проявлений ПТСР ($p < 0,001$). Тестирование методикой МШ обнаружило: в 1-й группе – наличие признаков субклинического ПТСР у 75% и клинически выраженного у 15% исследуемых; во 2-й – показатели соответствовали субклиническому ПТСР у 35% ($p < 0,001$); в 3-ей – итоговые оценки ни у кого не превышали нормативного уровня ($p < 0,001$).

Анализ социально-психологического функционирования респондентов за последние 5-7 лет зафиксировал ряд негативных изменений в их профессиональном и семейном статусе, с существенно

большой представленностью таковых у лиц из 1-й группы. А именно: уволено из ОВД (из-за конфликтов и служебного несоответствия) в 1-й – 25%, во 2-й – 2,5% ($p < 0,001$), в 3-ей – 0% ($p < 0,001$); развелись в 1-й – 35%, во 2-й – 15% ($p < 0,05$), в 3-ей – 12,5% ($p < 0,01$), из них только в 1-й группе 25% обследуемых пребывание в «горячих точках» определяли как основную причину развода ($p < 0,001$). При этом, ни число командировок в зону боевых действий, ни их продолжительность, не обнаружили значимой взаимосвязи с социально-психологической дезадаптацией комбатантов в профессиональном и личностно-семейном плане.

Таким образом, вышеизложенное свидетельствует о ведущей роли фактора интенсивности перенесенного в прошлом боевого стресса на сохранение (или даже формирование) на этапе отдаленных последствий субклинических проявлений ПТСР, обуславливающих в значительной части случаев социально-психологическую дезадаптацию. Всё это определяет необходимость динамического медико-психологического наблюдения за лицами принимавшими участие в боевых действиях, с целью раннего выявления, коррекции и профилактики пограничных нервно-психических нарушений и социально-психологической дезадаптации.

ТРУДОВАЯ РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Григорьева И.В., Кралько А.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск,
Республика Беларусь
inessgrig@mail.ru

Процесс ресоциализации лиц с синдромом зависимости от алкоголя с применением трудотерапии был актуализирован еще в СССР в работе лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП) и созданной в советское время промышленной наркологии. Тогда были разработаны лечебно-реабилитационные технологии, реализуемые через механизмы принуждения к прохождению специализированных социально-трудовых программ. Деятельность наркологических отделений при промышленных предприятиях и результаты применения трудотерапии имели на тот момент определенные преимущества в виде прекращения расходов на выдачу больничного листа нетрудоспособности, получения денежного вознаграждения за труд, которое способствовало повышению заинтересованности и производительности труда лиц с зависимостью от алкоголя.

Наличие опыта использования трудотерапии в наркологических отделениях при промышленных предприятиях и ЛТП позволяет учесть ошибки и ограничения связанные с принуждением к трудовой дисциплине и выработать новые подходы к трудовой социализации лиц с зависимостью от алкоголя.

В настоящее время проблема распространения алкоголизма продолжает оставаться одной из актуальных и социально значимых во всем мире. В Республике Беларусь ежегодно регистрируется более 18 тысяч новых пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Однако психосоциальная реабилитация рассматриваемой категории пациентов представляет определенные трудности в связи с недостаточностью точного алгоритма индивидуализации трудового процесса. В настоящее время в Республике Беларусь существуют девять ЛТП, основной задачей которых является медико-социальная реадaptация лиц с алкогольной зависимостью. При этом важно искать новые возможности повышения уровня трудовой адаптации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в ЛТП и использования трудотерапии, как лечебного процесса позволяющего задать реабилитационному процессу своеобразный смысловой ритм, активизирующий у данных лиц систему ценностей находящуюся вне сферы аддикций (работа, семья, чувство собственного достоинства) и возвращение их социально-профессионального статуса.

Целью исследования явилась разработка алгоритма комплексной медико-социальной реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя с использованием трудотерапии в условиях ЛТП.

В настоящее время предложено проводить такую реабилитацию поэтапно, с использованием трудотерапии. На первом этапе следует изучить особенности функционирования мотивационно-потребностной сферы, клинические параметры и преморбидные особенности лиц с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях ЛТП. На втором этапе - подобрать виды труда с учетом индивидуальных психологических особенностей, имеющегося реабилитационного потенциала и направленности мотивации к труду. Третий этап включает координацию мотивационных стратегий и

видов труда для каждого этапа реабилитации согласно определенному объему медицинских, психокоррекционных, трудовых мероприятий.

Таким образом, используя в процессе реадaptации научно обоснованный подход к подбору вида труда, можно повысить трудовую социализацию в системе реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, особенно в условиях лечебно-трудового профилактория.

НЕОКОНСЕРВАТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ БЕЗДОМНЫХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Гуменюк Л.Н.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь

lesya_gymenyuk@mail.ru

Предложенное понятие «ограниченная способность к интеграции в сообщество» (ОСИС) отвечает международным подходам в исследовании социального функционирования больных с психическими расстройствами и объединяет два принятых в социальной психиатрии термина: ограниченная способность и интеграция в сообщество. Проблема ОСИС у психически больных остается одной из наименее изученной и противоречивой в современной социальной и клинической психиатрии. ОСИС – как временное либо постоянное состояние неспособности выполнять надлежащие социальные обязанности и распоряжаться своими правами представляет собой социализацию болезни и отражает бытовые, социальные, экономические и юридические последствия заболевания для человека и его контактов со средой обитания. Установлено, что трудно выделить какую-либо одну причину и временные связи между психическими расстройствами, развитием ОСИС и бездомностью. Однако весьма вероятно, что психические расстройства сопутствуют бездомности, участвуя в формировании ОСИС, а также то, что серьезные психические проблемы имеют большинство бездомных. Анализ исторического опыта крымской психиатрии показывает, что в 1970-х годах была создана эффективная система медицинской и социальной реабилитации, а в 5 областных психиатрических больницах существовали сельскохозяйственные угодья и животноводческие комплексы. Между психиатрическими больницами и государственными и коллективными организациями были заключены трудовые договоры на выполнение пациентами работ. К сожалению, концепция «трудотерапии» вместо дальнейшего развития была огульно причислена к репрессивной психиатрии, а в странах ЕС больным был закрыт путь в трудовую реабилитацию под угрозой лишения социальных выплат по инвалидности. В США этот феномен назвали «капкан инвалидности» и преодолели его, используя опыт советской психиатрии. В обход устаревшего термина «трудотерапия» модернизированы юридические нормы индивидуального поднаема психически больных и выдвинута концепция «повышения конкурентоспособности» как новая форма социально-трудовой реабилитации. Работодателем и супервизором выступают, как правило, некоммерческие организации (НКО), которые создают общежития, «дома на полпути», коммуны и другие формы социальной защиты. По общепризнанному мнению в борьбе со стигматизацией и глобальной деинституционализацией психиатрии, развитие дисциплины зашло в тупик. Психологи и социальные работники, не могут подменить врачей-психиатров, как и не могут отменить диагнозы психических расстройств, сопровождающихся нейродегенеративными процессами, психопатологической симптоматикой и образованием нейрокогнитивного дефицита. Психиатрические больницы повсеместно востребованы и должны инициировать своевременные превентивные вмешательства, препятствующие инвалидизации и госпитализму. Забытые наработки по социальной реабилитации требуют «второго дыхания». С учетом роста активности движения НКО, пути решения могут лежать в государственно-частном партнерстве и создании новых систем управления учреждениями здравоохранения психиатрического профиля, в которых без вторжения в медицинские и экспертные функции роль хозяйствующего субъекта будет существенно усилена специалистами в организации рентабельных промышленных и сельскохозяйственных производств.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гуреева И.Л.¹ Иванова Г.А.², Хафизова Л.Р.¹

¹ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,

²СПБ ГБУЗ «Введенская больница», г. Санкт-Петербург
irin1974@yandex.ru

Метаболический синдром лежит в основе заболеваний, наиболее часто приводящих к инвалидизации и высокой смертности населения. Кроме того, распространенность метаболического синдрома в настоящее время в два раза превышает распространенность сахарного диабета, и в ближайшие 25 лет ожидается увеличение темпов его роста на 50%, что придает этой проблеме большую медико-социальную значимость. Поэтому актуальным является изучение психологических особенностей адаптации при ожирении.

Цель исследования. Изучение адаптационных возможностей пациентов с метаболическим синдромом, а также особенностей их личности.

Задачи исследования: выявить степень выраженности тревожных проявлений; оценить отношение к здоровью и уровень качества жизни у пациентов с метаболическим синдромом; исследовать установки личности у пациентов с метаболическим синдромом; определить защитные формы поведения пациентов в жизненных ситуациях и антистрессовые копинг-механизмы; конкретизировать направления психологической помощи для пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 15 пациентов с метаболическим синдромом психосоматического отделения городской больницы № 32. Использовались методика самооценки Дембо-Рубинштейн, методика Келермана-Плутчика «индекс жизненного стиля», методика определения копинг-стратегий (тест Лазаруса), методика иррациональных убеждений А. Эллиса, удовлетворенность качеством жизни (Н.Е. Водопьянова), госпитальная шкала тревоги и депрессии ХАДС.

Результаты. В результате исследования у пациентов с метаболическим синдромом были выявлены следующие психологические особенности: клинически выраженная тревога и низкая самооценка. Пациенты низко оценивают качество жизни относительно здоровья. В стрессовых ситуациях большинство обследуемых использует копинг-механизм «поиск социальной поддержки». Психологическая помощь для пациентов с метаболическим синдромом, в первую очередь, должна быть ориентирована на нивелирование тревоги и повышение самооценки касательно собственного здоровья, а также на увеличение уровня комплаенса и мотивации на здоровый образ жизни.

ДИНАМИКА НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНО КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Папсуев О.О.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
oleg.papsouev@gmail.com

В последнее время ведущая роль влияния на социальное функционирование больных шизофренией и исходы шизофренического процесса отводится социально когнитивному дефициту. Однако в отличие от существующих представлений о неизменности когнитивных показателей в течении заболевания, все больше находят признание предположения об их нестабильности и связи с клинической картиной и с течением шизофрении. С целью исследовать динамику нейрокогнитивного дефицита и социально когнитивных функций на разных этапах течения шизофрении и расстройств шизофренического спектра на базе клиники Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им В.П. Сербского» Минздрава России было проведено комплексное исследование.

Материалы и методы. Всего было обследовано 178 пациентов. В соответствии с задачами исследования были определены и сопоставлены нейрокогнитивные и социально когнитивные показатели в группах пациентов с первым психотическим эпизодом (до 5 лет) и на последующих этапах течения болезни (свыше 5 лет), в том числе в катамнезе. Также были прослежены взаимосвязи социально когнитивного дефицита с различными формами расстройств

шизофренического спектра. Использовались клинические шкалы (PANSS, CDSS), нейропсихологическое обследование, основанное на методиках А.Р. Лурии, а также батарея социально когнитивных тестов (SPS, AIHQ, Hinting Task, Ekman Emotion Recognition Test, MSCEIT, Faux Pas Recognition Test, Mind in the Eyes Task).

Результаты. В ходе исследования была зарегистрирована тенденция к положительной динамике нейрокогнитивных функций у пациентов с первым психотическим эпизодом и умеренной тяжестью течения расстройства с наибольшим улучшением в первые 2 года наблюдения ($p < 0,001$). У пациентов с хроническим или тяжелым течением шизофренического процесса данные показатели оставались стабильными. У пациентов обеих групп имело место ухудшение нейрокогнитивных показателей во время экзацербаций, при этом различные функции были нарушены в неодинаковой степени. Показатели теста Hinting task, отражающего внутреннюю модель сознания другого, были лучше в группе пациентов с течением болезни менее 5 лет ($p < 0,001$), нежели у давно болеющих пациентов. Способность к распознаванию эмоций, определенная при помощи теста Экмана, не отличалась существенным образом в группе пациентов с первым психотическим эпизодом и в группе со стажем болезни свыше 5 лет. При этом пациентам с шизоаффективным расстройством был доступен более широкий спектр социально когнитивных задач по сравнению с группами пациентов с параноидной шизофренией, не дифференцированной шизофренией и шизотипическим расстройством ($p < 0,05$).

Траектории определенных нейрокогнитивных и социально когнитивных функций нестабильны и варьируют в зависимости от длительности, стадии и варианта течения заболевания, формируя определенные нейрокогнитивные и социально когнитивные профили больных с шизофренией, что необходимо учитывать при планировании целенаправленной реабилитационной работы.

ПРОФИЛАКТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ КАК ИНСТРУМЕНТ ВОСПРОИЗВОДСТВА ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ СТРАНЫ

Гусева О.И.

ГНЦ РФ Институт медико-биологических проблем РАН, г. Москва

guseva_o@mail.ru

Целью исследования явился анализ динамики потребления психоактивных веществ среди подростков в сопряжении с законодательным регулированием допуска к профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источниками повышенной опасности.

Материалы и методы. Проанализированы данные федерального статистического наблюдения по динамике выявления подростков, употребляющих психоактивные вещества. Изучены законодательные ограничения по допуску к профессиям и работам для больных наркоманией. Установлены риски допуска к профессиям лиц, имеющих медицинские противопоказания.

Результаты. За последние пять лет (2010-2014 гг.) наркологической службой Российской Федерации регистрируется устойчивый рост подростков, больных наркоманией и потребляющих наркотики с вредными последствиями. Так, с 2011 г. по 2014 г. прирост среди больных наркоманией подростков 15-17 лет составил 65% (в среднем ежегодный темп прироста 50%), удвоилось число подростков, потребляющих наркотики с вредными последствиями. Среди детей 10-14 лет отмечено удвоение числа как больных наркоманией, так и детей, потребляющих наркотики с вредными последствиями. Такая ситуация связана, прежде всего, с доступностью синтетических каннабиноидов, дизайнерских наркотиков. В перспективе количество синтетических наркотиков, появление новых психоактивных веществ будет только расти. Согласно данным Европейской системы раннего оповещения в европейских странах ежегодно регистрируется более 80 новых психоактивных веществ, большая часть из которых относится к синтетическим каннабиноидам. Таким образом, потребление наркотических средств в немедицинских целях уже в ближайшее время приведет к росту гипосоциальных групп населения, которые будут допущены к узкому спектру профессий, выполнению отдельных неквалифицированных работ. Анализ действующих законодательных требований по допуску к выполнению трудовых и служебных функций, прежде всего, постановление Правительства Российской Федерации от 18.05.2011 № 394 «Об утверждении перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятия которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией», показывает, что деятельность, связанная с управлением всех видов транспорта, оружием, медицинской,

фармацевтическая, образовательная, виды работ, выполняемые во вредных и опасных условиях труда, запрещены для больных наркоманией. В данных сферах занято 52% населения страны или 94% граждан трудоспособного возраста.

Ужесточение требований при проведении медицинского освидетельствования, введение в программы медицинских осмотров служащих, работников лабораторных исследований с целью выявления немедицинского потребления психоактивных веществ может привести к тому, что выпускники образовательных организаций, а в ряде случаев курсанты не смогут реализовать себя в выбранной профессии. Сложившаяся ситуация требует проведения адресной мотивационной работы. К сожалению, порядок профилактической работы законодательно не урегулирован. В связи с этим необходимо нормативно закрепить обязательность проведения профилактических мероприятий, прежде всего, направленных на предотвращение первой пробы наркотиков. Тем более, что это является одной из основных задач «Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года», утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 09.06.2010 г. № 690 в редакции от 01.07.2014 г.

АДАПТАЦИОННО-ПРЕВЕНТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕМЬИ КАК ФАКТОР ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Гуткевич Е.В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», г. Томск,
ФГБОУ ВПО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск
gutkevich.elena@rambler.ru

Сфера психического здоровья на разных уровнях – общественном, групповом, индивидуальном – является зоной особого внимания современного Российского государства и профессиональных сообществ. В качестве критерия качества организации психиатрической помощи предлагается использовать эффективность психореабилитационных и превентивных мероприятий. Согласно актуальной биопсихосоциальной парадигме здоровья, они осуществляются на различных уровнях (индивидуальном, семейном, популяционном) и служат задачам первичной, вторичной и третичной профилактики психических расстройств. Существенным аспектом реабилитационной и превентивной практики является работа с семьей, родственниками, ближайшим окружением пациентов. В этой связи актуальные проблемы реабилитации и адаптации больных с психическими расстройствами рассматриваются с помощью системного подхода к их семейной системе.

Цель исследования: установление качественных и количественных параметров психосоциального функционирования больных психическими заболеваниями (на примере шизофрении) и адаптационно-превентивного потенциала семьи, технологий психосоциальной реабилитации для эффективной оптимизации состояний и системы отношений больных и их семей в общественном пространстве.

Адаптационно-превентивный потенциал семьи психически больного мы определяем как биологические (в том числе генетические) и социально-психологические возможности семейной системы индивида компенсировать ограничения онтогенетического (жизненного) цикла семьи из нескольких поколений, сформировавшиеся вследствие болезни члена семьи. Исследованы 414 взрослых лиц (больные шизофреническими расстройствами и члены их семей) с использованием системного подхода и методического комплекса («Паспорт здоровья семьи»).

Полученные данные позволили сформулировать основные характеристики адаптационно-превентивного потенциала семьи больного психическим заболеванием, включая ресурсы, ограничения, мишени и механизмы воздействия на разных уровнях его реализации. Так, на уровне семейно-генетической превенции возможно понижение вероятности возникновения, либо предотвращение заболевания при дифференциальной диагностике психических расстройств и установлении семейного диагноза. Для улучшения социального функционирования больных и их семей следует актуализировать появление новых разноуровневых компетенций больных и их родственников с помощью семейно-генетического и генетико-психологического воздействия на больного, семью и общество. Понижение социально-экономического бремени семьи происходит параллельно с изменением ее приспособляемости, при этом используются долгосрочные программы семейно-генетической диспансеризации «групп риска», включая социальную интеграцию больного и его семьи в общество. Оценка уровня знаний о психической болезни и наследственности влечет за

собой повышение уровня генетических знаний потребителей помощи, а также правовую, социально-этическую и финансовую поддержку семей. Это позволяет располагать конкретными характеристиками семейной системы больных с психическими расстройствами и оценивать адаптационные, реабилитационные и превентивные возможности пациента и семьи с целью охраны психического здоровья.

ТЕЛЕОБУЧЕНИЕ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В СИСТЕМЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПСИХИАТРИИ

Данилова С.В., Бородин В.И., Панченко Е.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

psy-kafedra@yandex.ru, bor111@yandex.ru, eapanchenko@yandex.ru

Современные стандарты постдипломного медицинского образования в области психиатрии, предполагают активное использование средств дистанционного обучения (телеобучения), к которым уже сейчас можно отнести целый спектр разнообразных образовательных услуг: онлайн-лекции и вебинары, телемедицинские клинические разборы и телеконференции, взб-доступ к отечественным и международным электронным ресурсам и архивным материалам по психиатрии, психотерапии и смежным специальностям и многое другое. Специфические особенности преподавания психиатрии и постоянное совершенствование технической составляющей телеобучения обуславливают необходимость анализа возможностей и перспектив его дальнейшего развития в данной области.

Цель исследования. Оценка современного состояния телеобразования в области психиатрии в России и за рубежом, а также возможных перспектив его дальнейшего развития.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ истории развития и современного состояния телеобразования в России и за рубежом по данным литературы.

Результаты и обсуждение. Вся современная медицина, включая и медицинское образование, характеризуется неуклонным ростом и развитием разного рода технологий, в состав которых давно и прочно вошла телемедицина. Телепсихиатрия за рубежом – весьма перспективная и бурно развивающаяся область телемедицины, одним из важнейших преимуществ которой является расширенный, включая и удаленный, доступ к специализированной помощи, а также соответствующему обучению и обмену специальной информацией в профессиональном сообществе. В нашей стране психиатрия до сих пор относится к числу наименее технологически оснащенных медицинских отраслей.

В отличие от большинства медицинских дисциплин, клиническая психиатрия характеризуется уникальной приспособляемостью к аудиовизуальной среде и благодаря этому может быть лидером в области телеобразования, поскольку техническое обеспечение именно этих каналов передачи информации совершенствуется в настоящее время наиболее быстрыми темпами. Указанная особенность психиатрии также позволяет максимально приблизить телеобучение к актуальному терапевтическому процессу, например, в сфере оказания психолого-психотерапевтической помощи.

Аккредитация медицинских работников, введенная в России с 1 января 2016 г., предъявляет особые требования, по сравнению с сертификацией, к повышению профессиональных навыков, в частности, врачей-психиатров, а также предоставляет большие возможности для освоения ими смежных специальностей. При этом она неизбежно ведет к интенсификации образовательного процесса, в том числе в психиатрии. В связи с этим актуальность использования средств дистанционного обучения и соответствующего контроля эффективности образовательного процесса, то есть телепсихиатрии, резко возрастает.

ПСИХАГОГИКА, КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛЬНО НАПРАВЛЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Даренский И.Д.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва
darensky.ivan@yandex.ru

Психотерапевты принимают активное участие в успешном воспитании гармоничной личности. При этом они используют порой те же приемы, что и педагоги. Это послужило основанием к выделению особого раздела психотерапии, являющегося по сути дела «медицинской педагогикой» и названного «психагогией». Психа - воздействие на психическую сферу независимо от возраста, но с теми же приемами, что и педагогика. Психагогика (греч. psuchagogia привлечение души, убеждение) - психотерапевтический метод воспитания или перевоспитания больных с пограничными состояниями, основанный на переубеждении больного доводами, апеллирующими к его разуму и сознательности. У древних греков было слово «психагог», составленное из двух: «психе» – душа и «аго» – веду. Следовательно, психагог это тот, кто руководит психикой. Цель психагогии - воспитание, направленное на предупреждение возникновения у индивида психогенных болезней и таких нарушений, как склонность к дезадаптивному (девиантному) поведению и вредным привычкам, предрасполагающим к формированию патологических влечений к алкоголю и наркотикам.

Традиционно реабилитация ориентирована на раскрытие и развитие сохранных свойств личности наркологических больных. Однако, личные качества и навыки при наркологическом заболевании либо не успели сформироваться в случае раннего развития наркомании, либо утрачены вследствие многолетнего течения алкогольной зависимости. Поэтому в рамках амбулаторной реабилитации наркологических больных наряду с традиционными методами и задачами психотерапии проводилась психагогическая работа в течение нескольких лет. В состав профилактической учебно-воспитательной работы психагогии входили рекомендации по воспитанию гармонически развитой личности с учетом требований превентивной психотерапии-психогигиены (по сохранению психического здоровья, его укреплению и повышению стрессоустойчивости) и психопрофилактики (по предупреждению психических расстройств и болезней). Важное значение в работе имел свод правил построения духовной жизни для достижения духовного равновесия и благополучия, для того, чтобы пациент был не только терпим в обществе, но и полезен ему. В задачи психотерапевта входило довести до сознания пациентов правила поведения, соблюдение которых обеспечит психологическую компенсацию и социальную адаптацию.

Пациенты легче справлялись с усвоением положений психагогии, чем с психотерапевтическими упражнениями по реструктуризации личности. При этом они часто отмечали новизну предлагаемых форм и правил поведения, незнакомых им ранее, но являющихся традиционными по объективной оценке. Порой незначительные рекомендации, предложенные врачом, сопровождались существенной трансформацией обыденного поведения пациентов. Психотерапевтические усилия по влиянию на болезненную субличность в попытке повлиять на аддиктивные представления имели гораздо меньшее влияние на поведение пациентов.

Результаты работы с использованием средств психагогии показали значительное улучшение качества ремиссий и долгосрочного прогноза. Это позволяет утверждать, что при повседневном использовании при реабилитации наркологических больных возможностей, заложенных в психагогии, результаты приобретают более высокое качество и социальное значение.

ПОВЕДЕНИЕ СЕЛЬСКИХ РОДИТЕЛЕЙ В ПОЛЕ МЕДИЦИНСКОГО СЕРВИСА

Дашиева Б. А.¹, Тюлюпо С.В.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», г. Томск,

²ФГБОУ ВПО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск

bairma2009@mail.ru, svetdy@mail.ru

В российских исследованиях утверждение о неблагоприятном состоянии здоровья сельских детей является общим и статистически обоснованным утверждением. В качестве причин такого состояния дел называются недостаточно развитая социальная инфраструктура, низкая транспортная доступность учреждений квалифицированной медицинской помощи, низкое качество медицинской помощи первичного звена, низкое материальное состояние сельского населения. В этом контексте

следует обратить внимание на социокультурные факторы, опосредующие влияние макросредовых условий на здоровье и развитие ребёнка. Одним из них является поведение родителей, которое рассматривается не только как базовое условие социально-личностного развития ребёнка, но и как фактор, обеспечивающий его доступ к технологическим возможностям конкретного общества.

Целью исследования явилась систематизация характерных для сельской и городской среды вариантов родительского поведения в пространстве медицинского сервиса.

Эмпирический доступ к феномену родительского поведения в поле медицинского сервиса был обеспечен двумя способами описания поведения родителей. Лонгитюдный срез проведен ретроспективно, на основании клинико-биографического анализа карт индивидуального развития ребёнка. Ситуативный срез родительского поведения получен на основании методов полуструктурированного интервью и включённого наблюдения. В этом контексте отслеживались намерения и стремления родителей взаимодействовать со специалистом, оказывающим ребёнку или семье медико-психологическую помощь по ситуативным показаниям.

В исследование включены 156 сельских родителей, взаимодействие с которыми осуществлялось в рамках медико-психологического сопровождения образовательного процесса в одной из сельских общеобразовательных школ Томского района. Группа городских родителей (99 человек – группа сравнения) отобрана из обратившихся на консультацию медицинского психолога на базе одной из участковых детских поликлиник г. Томска. Условия включения респондентов в выборку: а) наличие у ребёнка в карте индивидуального развития диагноза «Перинатальное поражение ЦНС» или указаний на симптомы его резидуальных состояний; б) наличие клинических признаков резидуальных состояний при обращении ребёнка на консультацию. Выбор данной патологии обусловлен тем, что условием достижения компенсации является не столько использование высокотехнологичных средств современной медицины, сколько последовательность усилий родителей в использовании элементарных возможностей поликлинического медицинского сервиса: фармакотерапии, физиотерапии, массажа, лечебной гимнастики, логопедической коррекции. Это позволило рассматривать активность родителей, направленную на разрешение проблематики перинатального поражения ЦНС и отражённую в текстах карты индивидуального развития, как частный эмпирический признак более общего феномена – их поведения как пользователей массово доступного медицинского сервиса.

ЭКСПЕРТНЫЕ ПОДХОДЫ В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Дворин Д.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
dv.doctor@bk.ru

Практическая реализуемость Постановления Пленума Верховного суда РФ от 30.06.2015 г. № 30 вызывает серьёзные сомнения у экспертов, не позволяя ответить на вопросы в отношении больного наркоманией при проведении судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) в связи с трудоёмким процессом. В разъяснении зам. председателя Верховного суда РФ указано, что оно «ориентировано на суды, не регламентируют деятельности экспертов; суды вправе ставить данные вопросы, поскольку желательны установления прогнозируемых сроков для принятия решения об отсрочке отбывания наказания и его длительности; суд не может обязать эксперта определить соответствующий срок в любом случае». «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» считает, что данный вопрос мог бы и должен бы решаться психиатром-наркологом больного непосредственно в ходе проведения лечебно-реабилитационных мероприятий, предлагая формулировку ответа:

«В соответствии с действующими нормативными документами, регламентирующими организацию медицинской помощи по профилю «наркология», срок, необходимый для проведения курса лечения конкретного больного от наркомании и его медицинской реабилитации определяется непосредственно в процессе проведения лечебно-реабилитационных мероприятий и может меняться в зависимости от их эффективности. Современный уровень развития науки не позволяет определить указанный срок на этапе производства судебно-психиатрической экспертизы».

Как же при таком ответе поступить суду в отношении больных при их согласии пройти лечение – осудить и не применять отсрочку от отбывания наказания. Так, СПЭ в 13 субъектах РФ – республиках Дагестан, Удмуртия, Чувашия, Алтайском крае, Амурской, Владимирской, Воронежской,

Новгородской, Курганской, Рязанской, Самарской, Сахалинской областях, Ямало-Ненецком АО вообще не проводилась.

Следует отметить, что поскольку при СПЭ у больных преобладает синдром патологического влечения к психоактивным веществам и низкий реабилитационный потенциал, то сроки лечения предусмотрены от 28 дней (стационарно) до 90 дней (амбулаторно) (Приказы МЗ РФ от 04.09.2012 г №№132-133н) и медицинской реабилитации до двух лет (Приказ МЗ РФ от 22.10.2003 г.№500), а суду «желательно» принять решение, поэтому предлагается следующий вариант ответа:

«Срок лечения больного с наличием синдрома зависимости наркомании, вызванным употреблением ПАВ в амбулаторных условиях составляет 90 дней, медицинской реабилитации - до 1,5 лет. В последующем необходимо наблюдение у психиатра-нарколога до 5 лет (Приказ МЗ СССР от 1988 г. №704) с определением дальнейший сроков для становления стойкой ремиссии».

СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РОДСТВЕННИКОВ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Дворянинова В.В.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России,
г. Нижний Новгород

dvoryaninova.nika@yandex.ru

Учитывая доказанное в близнецовых исследованиях влияние наследственности на развитие расстройств аутистического спектра, изучение структуры психопатологических расстройств у ближайших родственников детей, страдающих ранним детским аутизмом, представляет особый интерес.

Цель исследования: изучить распространенность и структуру психопатологических расстройств у ближайших родственников детей, больных ранним детским аутизмом.

Материалы и методы: были обследованы 65 родителей детей, больных ранним детским аутизмом – 10 отцов и 55 матерей, средний возраст 34,9±5,9 лет. Психопатологические расстройства оценивались с помощью заполнения Базисной карты, содержащей диагностические критерии 33 синдромов, Диагностическая шкала биполярного спектра (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale - SDS) и Опросник симптомов депрессии (Inventory Depressive Symptomatology - IDS).

Результаты: развернутые психопатологические синдромы и/или их компоненты выявлены у 42 родителей из 65 (64,62%). Расстройства в виде развернутых синдромов выявлены у 34 прошедших обследование родственников и представлены аффективными нарушениями, диагностированными у 17 испытуемых (26,15%), генерализованным тревожным расстройством – 10 родителей (15,38%), шизотипическим расстройством – в 7-и случаях (10,77%). Социальная фобия диагностирована у 3-х родителей (4,62%), специфическая фобия также у 3-х (4,62%). Признаки обсессивно-компульсивного расстройства выявлены в 4-х случаях (4,62%), депрессивного расстройства личности – в 2-х (3,08%). Также у 2-х испытуемых обнаружено легкое когнитивное расстройство (3,08%), расстройство личности в виде уклонения – у 1(1,54%), зависимое расстройство – у 1 и перемежающееся эксплозивное расстройство – у 1. В 4-х случаях выявлены панические атаки (6,15%). Аффективные расстройства были представлены депрессивным синдромом эндогенной структуры в 8 случаях (12,31%), причем в 2-х из них обнаружены и гипоманиакальные состояния. У 9 родителей обнаружены депрессивные расстройства реактивной природы (13,85%). В 9 случаях депрессивный синдром был охарактеризован как тяжелый, в 3 случаях – средней, в 5 – легкой степени. Текущая на момент обследования депрессия выявлена у 6 родителей. Также в обследованной группе выявлены компоненты психопатологических синдромов, т.е. их не в полной мере сформированные формы, тем не менее, имеющие клинические проявления. Всего компоненты психопатологических синдромов выявлены у 22 родителей и представлены генерализованным тревожным расстройством в 11 случаях, специфической фобией – в 5, социальной фобией – в 3, по 2 случая соматизированного, обсессивно-компульсивного и посттравматического стрессового расстройства. У одного из обследованных выявлены компоненты шизотипического расстройства, также на шизоидное, зависимое расстройство личности и перемежающееся эксплозивное расстройство пришлось по одному случаю.

Психопатологические расстройства достаточно распространены среди родителей детей-аутистов и выявлены более, чем у половины из них. Наиболее распространены в данной группе

аффективные расстройства в виде депрессий, а также генерализованное тревожное и шизотипическое расстройство. Другие психопатологические синдромы характерны в меньшей степени, в связи с чем их специфичность для обследованной группы сомнительна.

РОЛЬ АЛЕКСИТИМИИ В ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ АНОМАЛЬНОМ СЕКСУАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

Демидова Л.Ю.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
lyubov.demidova@gmail.com

Результаты исследований свидетельствуют о том, что способность к осознанию, вербализации собственных эмоциональных состояний является важным фактором эмоциональной регуляции и одной из составляющих рефлексивной регуляции деятельности. Недостаточная способность к осознанию собственных эмоций приводит к потере значительной части информации, необходимой индивиду для принятия адекватных решений, соответствующих его мотивам и смыслам. Высокая выраженность алекситимии характерна и для сексуальных преступников.

Целью исследования стало изучение способностей к пониманию эмоциональных состояний (в частности, алекситимии) у лиц с разным отношением к собственному аномальному сексуальному влечению в виде педофилии и их связи со способностью к регуляции поведения.

Материалы и методы. Обследовано 23 испытуемых, проходивших стационарную комплексную экспертизу на базе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» в связи с совершением сексуальных преступлений в отношении несовершеннолетних и которым был поставлен диагноз педофилии. У 18-ти из них было установлено эгосинтоническое отношение к собственному аномальному влечению, у 5-ти - эгодистоническое. Группы сравнивались друг с другом по ряду параметров, связанных с пониманием эмоциональных состояний (алекситимии, способностям к идентификации эмоций, децентрации и эмпатии) с помощью теста Фишера.

Результаты показывают, что для лиц с эгосинтонным отношением к собственному влечению значимо чаще характерна клиническая выраженность алекситимии, сниженная эмпатия и, в частности, крайне низкая эмпатия по отношению к ребенку.

Содержательный анализ результатов и их сопоставление с данными других исследований позволяют заключить, что лица с выраженной алекситимией оказываются не в состоянии адекватно оценить собственные мотивы и смыслы, что ограничивает у них мотивационный/смысловой уровень регуляции деятельности и нарушает их способность к осознанию общественной опасности. Довербальное понимание эмоционального состояния жертвы у них также остается неотрефлексированным/неосозанным. Однако даже в целом сохраняя, но снижая способность к пониманию собственных эмоциональных состояний при педофилии может еще больше снижаться в конкретной ситуации сексуального возбуждения из-за неспособности индивида в достаточной степени дифференцированно осознавать актуальное эмоциональное состояние, переосмыслить его. Иными словами, способность индивида изменять свое поведение в соответствии с условиями ситуации может по-разному ограничиваться: в зависимости от степени выраженности такие нарушения могут приводить к дефицитам целевого и операционального уровней регуляции деятельности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Демчева Н.К., Казаковцев Б.А., Яздовская А.В., Решетова Д.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
dnk1504@yandex.ru

По инициативе Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии тема исследования «Эпидемиологический анализ как метод выявления факторов риска развития психических расстройств» включена в государственное задание на 2016 год для ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Актуальность данной темы исследования обусловлена необходимостью дальнейшего совершенствования и внедрения в практику мер первичной профилактики психических расстройств. Меры первичной профилактики психических расстройств условно разделяются на две группы: меры, эффективность которых доказана, и меры, для доказательства эффективности которых требуются дальнейшие усилия. К первой группе мер относятся просвещение населения в области психического здоровья, воспитание детей и подростков, соблюдение режима труда и отдыха и др. Ко второй группе мер относятся борьба с инфекциями, травмами и психогенными воздействиями, деятельность медико-генетических консультаций, женских консультаций и учреждений родовспоможения, раннее выявление аномалий развития, предупреждение конфликтов, психологические консультации, профилактика употребления психоактивных веществ и др.

Многочисленные указания в научной литературе на связь возникновения психических расстройств с инфекционными заболеваниями, физическими и психическими травмами, особенно перенесенными в пренатальном периоде и в раннем детском возрасте, нередко носят характер гипотез и нуждаются в верификации с использованием данных статистического наблюдения. Целью предлагаемого исследования является разработка аналитической модели установления факторов риска развития психических расстройств.

Исследование направлено на решение двух основных задач: сопоставление темпов динамики показателей распространенности факторов риска с показателями первичной заболеваемости психическими расстройствами; установление временных корреляций между предполагаемым началом влияния факторов риска и началом развития психических расстройств.

Исследование предполагается провести в два этапа. В 2016 г. – провести в масштабе страны и федеральных округов анализ наличия или отсутствия связей между динамикой первичной заболеваемости психическими расстройствами и динамикой показателей инфекционной заболеваемости раннего детского возраста, показателей патологии беременности и показателей распространенности родовых травм. На втором этапе (2017-2018 и последующие годы) провести углубленный анализ сопоставимых данных по тем же показателям в плане организации акушерской, гинекологической и педиатрической помощи в федеральных округах и в регионах страны с худшими и лучшими статистическими показателями. Полученные результаты исследования предполагается использовать для повышения качества работы медицинских учреждений и приведения ее в соответствие с утвержденными Минздравом России Порядками оказания медицинской помощи.

СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ, В РОССИИ И ГЕРМАНИИ

Денисенко М.К.

ГБУЗ Нижегородской области «Клиническая психиатрическая больница № 1», г. Нижний Новгород

mariadenisenko@mail.ru

В этиологии алкоголизма играет роль целая группа факторов: социальные, психологические, индивидуально-биологические. К социальным факторам относятся особенности культуры, традиций и вероисповедания, структура семьи, социально-экономическая ситуация. В этой связи транскультуральные исследования помогают понять культурально-специфические особенности алкоголизма и факторы риска развития заболевания.

Материалы и методы: В исследование было включено 75 пациентов из Германии (48 мужчин и 27 женщин) и 100 пациентов из России (50 мужчин и 50 женщин), страдающих алкогольной зависимостью 2-й стадии (F 10.24 по МКБ 10), взятых в исследование в абстинентном состоянии (F10.3x по МКБ 10). Работа проводилась на базе отделения зависимого поведения Университетской клиники г. Эссена (Германия), мужского и женского отделений ГБУЗ НО «Наркологическая больница» г. Нижнего Новгорода (Россия). Для анализа социально-демографических показателей использовались данные, полученные из опросника Европейского индекса тяжести аддикции (EuropASI).

Результаты. Средний возраст исследуемых групп статистически не различался: он составил для мужчин из Германии $46,08 \pm 10,22$, из России – $45,36 \pm 9,95$ ($p=0,3$), для женщин из Германии – $47,11 \pm 7,59$, из России – $44,9 \pm 11,83$ ($p=0,3$). Исследуемые группы также не отличались существенным образом по уровню образования (высшее, средне-специальное, полное среднее), но в немецкой группе было 18 (37,5%) мужчин со средним неполным образованием, тогда как в российской группе 6

(12%) ($p=0,003$); среди женщин 9 (33%) из Германии и 8 (16%) из России имели неполное высшее образование ($p=0,08$). Трудовой статус обследуемых имел следующие особенности: полную занятость имели 15 (31,3%) мужчин из Германии и 26 (52%) из России ($p=0,04$). Частичная занятость была у 6 (12,5%) мужчин из Германии и у 4 (8%) мужчин из России; 8 (30%) женщин из немецкой группы и только 1 (2%) из российской группы работали регулярно неполный рабочий день. Количество безработных и находящихся на пенсии среди мужчин и женщин не имело статистически значимых различий. В женской группе 2 пациентки из Германии и 1 из России были домохозяйками. Среди пациентов немецкой группы 10 (20,5%) были женаты, тогда как в российской группе в браке состояло 27 (54%). Среди женщин 7 (26%) из Германии и 16 (32%) из России состояли в браке. В Германии среди обследуемых было 19 (40%) холостяков, а в России 10 (20%); 6 (22%) женщин из Германии и 6 (12%) из России никогда не состояли в браке. Среди мужчин 1 (2%) из Германии и 1 (2%) из России были вдовцами, в женской группе 3 (11%) из Германии и 11 (22%) из России были вдовами. Живущих отдельно с супругами и/или разведенных мужчин в немецкой группе было 18 (37,5%), в российской 12 (24%). Среди женщин 11(41%) из Германии и 17 (34%) из России были разведены и/или жили со своими супругами отдельно.

Обследуемые группы не имели различий по возрасту. Также не было найдено существенных различий по уровню образования. Обследуемые женщины не отличались по семейному статусу. Среди мужчин из России было достоверно больше женатых, а из Германии – холостяков. И мужчины, и женщины из России достоверно чаще имели работу на полный рабочий день. Женщины из Германии также чаще имели частичную занятость, чем женщины из России.

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В АСПЕКТЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ И ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ

Дереча В.А., Дереча Г.И., Габбасова Э.Р., Киреева Д.С.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Оренбург

k_psynark_fkp@orgma.ru

Перспективы развития социальной психиатрии и наркологии во многом зависят от формирования концепций и реального состояния как индивидуального, так и общественного психического здоровья. При этом важно учитывать, что индивидуальное здоровье во многом определяется общественным здоровьем. В то же время каждый человек в отдельности может не только предупреждать возникновение у себя различных расстройств, но и существенно влиять на здоровье окружающих – позитивно или негативно в зависимости от своего образа жизни и от общественной позиции. Невозможно обеспечить здоровье себе, своим близким и своим потомкам без заботы о здоровье страны в целом. Невозможно также обеспечить индивидуальное здоровье за счет каких-то отдельных средств, поскольку они не в состоянии охватить все многообразие взаимозависимостей функциональных систем организма и личности.

Данные всеобъемлющие связи человека преломляются через потребностную сферу личности и мотивы ее поведения. Изучение личности в психологии мотивации привело к пониманию того, что главным фактором, определяющим поведение и образ жизни, становятся личностные интересы, смыслы, ценности. Отсюда вытекает проблема совершенствования воспитания и социального обучения детей и подростков в плане использования инстинктов и личностных запросов для утверждения стремления быть здоровым и способствовать здоровью других. Исследование социальных мотивов личности показало, что человеческие потребности, вырастающие из сложной природы людей, определяются в дальнейшем условиями существования. Иначе говоря в контексте вопроса о здоровье, всецело быть здоровым хочется более всего тогда, когда условия жизни позволяют радоваться ей и эта радость жизни ощутимее всевозможных потребительских удовольствий и наслаждений.

Об этом свидетельствует психологический анализ любых форм личностной зависимости. В качестве причин, например, стремления к азартным играм, которые, если не определяют, то способствуют патологическому азарту и провоцируют его, являются такие факторы, как доступность азартных игр для детей и подростков; фетишизация денег в семье и (или) в обществе; воспитание в духе брошенности или безразличия; чрезмерное стремление индивидуума к эмансипации; инфантильное стремление к всемогуществу и ожидание неограниченного удовлетворения своих

желаний; протестный настрой и агрессивное отношение к реальной действительности; отсутствие подлинной ответственности за себя и возложение ее на фортуна и на везение.

Однако влечение к азартным играм – не просто мотив поведения. Это одержимость личности потребностью, с одной стороны, испытывать удовольствие от самого процесса игры, а с другой – ощущать надежду выигрыша и мечтать об удовлетворении после выигрыша многих других потребностей. Изучение больных игровой зависимостью (особенно в процессе их психотерапии) указывает на то, что у них имеет место глубокое неудовлетворение как базовых (первичных) потребностей, так и вторичных (метапотребностей). Причем, в большей мере не удовлетворены социальные потребности: в справедливости, в доброте, в истине, нравственности, порядочности, красоте, в единстве и общности, в устроенности жизни и т.п. По отношению к большому игровой зависимости можно говорить о наличии у них «метопатологии» («метарасстройств»), характеризующегося тем, что это, прежде всего, изменения в социальной сфере личности. Их изучение является важным для развития многих других направлений социальной психиатрии и наркологии.

ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ В АСПЕКТЕ ПРОАДДИКТИВНОГО И АДДИКТИВНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТИ

Дереча Г.И.¹, Дереча В.А.¹, Карпец В.В.²

¹ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург

k_psynark_fkp@orgma.ru

²ГБУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер», г. Оренбург

oob10@mail.orb.ru

Практическое решение задач по реабилитации в психиатрии и наркологии показало, что наряду с личностно-реконструктивными психотерапевтическими подходами требуются также коррекционные медико-психологические и социально-психологические технологии. Для обеспечения эффективности данной работы важно изучить характеристики не только социального функционирования больных, но и общего состояния их личности: проявления либо проаддиктивности, либо сформированной аддикции.

В отличие от полноценно функционирующих личностей, личности проаддиктивные способны в полной мере испытывать чувство комфорта лишь с добавлением «приправ» и разогревания себя если не психоактивными веществами, то фантазмами, воображением, мечтами, философствованием, погружением в виртуальность («возможность»), что указывает на наличие у проаддиктивных индивидуумов базовой личностной дефицитарности – прежде всего в плане самореализации и самоактуализации.

Вместе с тем, далеко не все проаддиктивные личности неизбежно становятся аддиктивными. Аддиктивность, как вид личностной патологии, очевидна лишь тогда, когда поведение индивидуума и образ его жизни приобретает черты «ненормальности». Она в наибольшей мере проявляется захватывающими состояниями мании. Не случайно состояния непреодолимого, компульсивного влечения (крэвинг) иногда достигают степени психоза. Структуру аддиктивного состояния личности можно представить следующим образом: дефицитарность в социальном функционировании личности; недостаток положительного самочувствия и отсюда потребность в допингах; актуализация личностной проаддиктивности под влиянием определенных ситуаций, информации, менталитета, субкультуры, мифологии, дефектов воспитания, подражания, социального научения; стимуляция аддиктивной предрасположенности негативным воздействием на индивидуума со стороны семьи, школы, общества (порицание, наказание, свобода выбора, одобрение аддиктивного поведения); актуализация аддиктивного состояния личности: созревание пристрастия, влечения, компульсивности влечения (крэвинг), физической зависимости, утраты контроля поведения. Основа личностно-реконструктивных подходов в свете изложенного – это перестройка поведенческого профиля. Она может быть реализована в полной мере лишь с включением в систему реабилитации коррекционных поведенческих методов так называемой «третьей волны»: мультимодальных, диалектических и когнитивно-поведенческих.

КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕНОМЕНА СТРАДАНИЯ

Джангильдин Ю.Т.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова», г. Москва
cerebra@inbox.ru

Одним из ведущих факторов, оказывающим существенное влияние на деятельность профессионалов в сфере психического здоровья, является наличие тесно связанных с ней ведущих мировоззренческих аксиом, которые во многом направляют поиски онтологической сущности понимания человека и границ терапевтических изменений. Там, где психотерапия регламентирована в качестве самостоятельной дисциплины, и располагается в ряду гуманитарных сфер деятельности, современные методологические разногласия о ее сущности все настойчивее смещаются в сторону гуманитарного дискурса и отнесения ее к идеографической реальности. В этой модели основной функцией предмета психотерапии является направленность процедур на осознание такой не клинической категории как страдание. Медицинская модель психотерапии или клиническая психотерапия, функционируя в рамках специальной медицинской дисциплины, обращается к той же проблеме «природы и экзистенции», общего и частного. Но она не может настаивать на их жесткой бинарной схематизации. Методологически она закономерно движется в континуальном межполюсном пределе. «Герменевтический круг» движения от отдельных фактов к целому и обратно к частным фактам прибавляет не только к идеографической реальности, но и опирается на номотетические закономерности. В этой плоскости определение страдания можно рассматривать не только с экзистенциально-нравственных позиций, но и с медико-психологических и клиничко-психопатологических. Его можно расценивать как эволюционно детерминированный и присущий только природе человека психологический феномен глубинного защитного механизма, являющийся составным компонентом его внутренних ресурсов и копинг-стратегий, способный активировать имеющийся потенциал возможностей жизнеутверждающей компенсации. Сострадание выступает как социализирующая его функция, способная инициировать помогающий коммуникативный процесс и сформировать необходимые психотерапевтические отношения и эмпатический отклик психотерапевта. Феноменологически страдание представляет собой сложный аффективно-когнитивный комплекс, включающий в себя как собственно непосредственное переживание, так и определенное когнитивное содержание, тесно взаимосвязанные и переплетенные друг с другом. Форма проявления эмоций выражается скорее в переживании страсти, страстного состояния с концентрацией внимания, мыслей и действий на объекте, с которым связано это чувство.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ПОСТСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Днов К.В., Рутковская Н.Н.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург
konstantindnov@yandex.ru

В настоящее время установлено, что лица, совершившие попытку самоубийства, склонны повторять её в будущем, причём особенно угрожаемым является период ближайшего года. При этом вопрос о влиянии психического здоровья на суицидальное поведение до сих пор остаётся дискуссионным. В связи с этим целью исследования стало определение и оценка особенностей психического здоровья и суицидального поведения у пациентов с различными типами постсуицидального периода.

Материалы и методы. Нами обследовано 139 пациентов психиатрической больницы (64 мужчины и 75 женщин), проходивших лечение после совершения ими суицидальной попытки. Распределение обследуемых по типам постсуицидального периода проводилось в соответствии с типологией предложенной А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко.

Результаты. У большинства обследованных нами пациентов (29,5%, n=41) были диагностированы психические расстройства из группы «органических, включая симптоматические, психических расстройств» (F00-F09), на втором месте по частоте – «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (20,1%, n=28). Установлено, что для лиц с манипулятивным постсуицидальным периодом более характерны (23,7%, n=9) психические

расстройства из группы «расстройств личности и поведения в зрелом возрасте» (F60-F69), а у лиц с суицидально-фиксированным типом - «расстройства настроения» (F30-F39). (30,0%, n=9). Полученные данные дают возможность выделить некоторые прогностические признаки, которые могут оказаться полезными для профилактики суицидальных действий. Наибольший риск завершённого суицида характерен для пациентов с депрессивными нарушениями, а опасность повторных демонстративно-шантажных суицидальных попыток наиболее высока для лиц с расстройствами личности. В то же время следует помнить, что с каждой последующей демонстративно-шантажной суицидальной попыткой, вероятность реализации самоубийства возрастает. Поэтому госпитализация в психиатрический стационар суицидентов с рентными установками вполне оправдана.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ ПРИ НАЛИЧИИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Добаева Н.В., Кибрик Н.Д.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
dona19@mail.ru

Для лучшего понимания процесса сексуального удовлетворения необходимо тщательно изучать скрытые представления, цели и задачи, которые мужчина и женщина реализуют в сексуальных отношениях. Латентные тенденции это желания, с которыми наше сознание не может смириться и люди стараются всячески подавить эротические фантазии, блокируя сексуальные реакции и переживания так как зачастую они носят неприличный, осуждаемый социумом характер, что может приводит к различным нарушениям в интимной сфере.

Анализ нарушений сексуальной функции у лиц, страдающих хроническими дерматозами, позволил объединить расстройства в следующие группы: с дебютантными формами сексуальных расстройств (30,6%), с семейно-сексуальными дисгармониями (35,7%), с гиполибидемией (33,7%). С целью выявления особенностей сексуального влечения пациентов проводился секс-тест, позволявший выявить оттенки, латентные тенденции либидо обследуемых.

У мужчин с дебютантными формами сексуальных дисфункций тест выявил наличие латентных сексуальных тенденций к садизму, склонность к «искусственным приемам в сексе». Это говорит о нарушении психосексуального развития, а именно о «застревании» пациентов на эротической фазе либидо. Мазохистические тенденции подтверждались многими пациентками при выяснении содержания фантазий о сексуальной агрессии, насилии со стороны мужчины. Пациентки считали, что доминирующее и жесткое поведение мужчины в сексуальной жизни это норма, чувствовали свою зависимость от их действий, были легко подчиняемы.

У обследуемых лиц с семейно-сексуальными дисгармониями тест выявил наличие скрытого вуайеризма, гомосексуализма и полигамии. Прелюдия для них принимала форму своеобразного ритуала. Партнеры пациентов имели более богатый сексуальный опыт, были знакомы с эротической литературой и видеоматериалами.

У обследуемых с гиполибидемией преобладали садистические тенденции. В агрессивном поведении мужчины видели возможный способ решения проблем, однако действительная реализация такого рода предпочтений осуществлялась только в 10-12% случаев.

Во всех трех группах присутствовали тенденции к гомосексуализму, что можно трактовать в данном случае как комфортность и предпочтительность нахождения в коллективе, состоящем из людей одного пола с исследуемым пациентом. Неуверенность в собственной сексуальной привлекательности заставляла их избегать смешанных коллективов, т.к. снижался риск быть осмеянными или униженными. Выявление скрытых отклонений сексуального влечения не вызывало неприятия данных обследования у пациентов и помогало в проведении конкретных психотерапевтических и секс-терапевтических мероприятий, эффективность которых зависит от индивидуальных особенностей пациентов.

ТИПИЧНЫЕ НЕДОСТАТКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

Добряков И.В.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
г. Санкт-Петербург
dobriakov2008@yandex.ru

Одной из важнейших задач перинатальной психологии является первичная, вторичная и третичная психопрофилактика осложнений течения беременности и родов. Участие в работе жюри ежегодных соревнований женских консультаций г. Санкт-Петербурга на лучшую организацию дородовой подготовки, а также проведение в качестве официального супервизора Российской психотерапевтической ассоциации супервизий работы перинатальных психологов и психотерапевтов позволили выявить часто встречающиеся в их психопрофилактической работе типичные недостатки. Так в работе с беременными женщинами нередко используют трудоемкие, требующие больших затрат времени психодиагностические методики. И сама процедура обследования, и то, как доводятся до сведения женщин и их родственников информация о результатах, их интерпретация могут вызывать невротические реакции у беременных женщин. Проводятся неоправданно длительные курсы по дородовой подготовке беременных женщин с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты, то есть не имеющих серьезных личностных, семейных проблем, признаков нервно-психических расстройств или угрозы их развития. Такие курсы включают занятия, задачами которых являются «активизация духовности», «перестройка личности», изменение иерархии ценностей и т.п. При этом предлагается как можно чаще посещать подобные занятия, на которых происходят ни чем не оправданные нарушения границ личности женщины, ее семьи. Не проводится активного выявления женщин, нуждающихся в перинатальной психотерапии и формирования у них мотивации на лечение. При проведении занятий по дородовой подготовке игнорируются будущие отцы. Формирование групп женщин для прохождения дородовой подготовки часто проводится без учета типа психологического компонента гестационной доминанты. При этом в одной группе могут оказаться вместе замужние и одинокие женщины, женщины совершенно здоровые и имеющие проблемы со здоровьем, то есть беременные, требующие разных форм работы. Нередко при необходимости проведения психокоррекционной или психотерапевтической работы используются методики, вызывающие во время сеансов у пациенток сильные эмоции, заставляющие их переживать стрессовые ситуации (например, проведение сеансов психодрамы). Формирование у женщины в процессе дородовой подготовки жесткой установки на «естественные роды», на отказ от медицинских обследований, процедур, приема лекарств, что приводит к конфликтам с медицинскими работниками. Отказ от медицинской помощи даже в случае крайней необходимости может быть опасным для здоровья и даже жизни матери и ребенка. Важно понимать, что в XXI веке естественные роды это те, при которых женщина при необходимости медицинской помощи получает ее в полном объеме. Формирование симбиотической привязанности беременной женщины и перинатального психолога, в результате чего она становится уверенной, что только этот человек может обеспечить ей нормальные роды. Недостаточная работа по созданию мотивации на партнерские роды, имеющие при правильном проведении большое значение в предупреждении осложнений родов, способствующие укреплению отношений матери отца и ребенка. С другой стороны – формирование неправильных представлений о партнерских родах, проведение которых согласно подобным рекомендациям может привести к осложнениям течения родов, ухудшить взаимоотношения в супругов. Актуально устранение этих недостатков, что приведет к улучшению перинатальной психопрофилактики.

ВОПРОСЫ О ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ РЕШЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЗАДАЧ ПСИХИАТРИИ

Дозорцева Е.Г., Клименко Л.Д., Портнова А.А., Серебровская О.В.,

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой»
ДЗ г. Москвы;

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

aapserbsky@yandex.ru

Одним из путей повышения эффективности работы и функциональной грамотности специалистов, призванных решать современные задачи психиатрии и наркологии, является

аттестация. Актуальность усиления заинтересованности врача, психолога, логопеда в повышении своей квалификации привела к необходимости переосмысления аттестации как способа подготовки кадров.

Целью исследования явилось создание эффективной модели проведения аттестационной процедуры, которая основывалась бы на объективных критериях роста профессиональной компетентности специалиста.

Материалы и методы. Проведен анализ 700 аттестационных процедур, выполненных экспертной группой по аттестации врачей по специальностям «Психиатрия», «Психотерапия», «Медицинская (клиническая) психология» (детская), «Логопедия» за период с 1998 по 2015 гг. Методы: анализ документации, метод теоретического моделирования, метод экспертной оценки.

Результаты. Процесс получения квалификационных категорий включает в себя несколько этапов, важнейшими из которых являются оценка соответствия профессиональных знаний и навыков специалистов требованиям, предъявляемым к соответствующим категориям, на основе представленной претендентом документации, и очное собеседование. Задачами аттестации стало не только обеспечение дифференциации уровня оплаты труда, но и стимулирование целенаправленного личностного профессионального роста, что отразилось на механизме оценки результатов работы. Если содержательный анализ отчетных работ аттестуемых ранее предполагал оценку умения продемонстрировать свои профессиональные возможности, то в последние годы большое значение стало придаваться способности решать профессиональные проблемы в сотрудничестве со специалистами смежных областей, открытость инновациям, готовность внедрять в работу новые технологии оказания помощи.

В рамках аттестации осуществляется письменное тестирование специалиста (теоретический экзамен) и очное собеседование. До 2014 г. тестирование признавалось пройденным при условии не менее 70% правильных ответов на тестовые задания; в 2014 г. была введена дифференцированная система оценки результатов (зависимость процента успешного выполнения от квалификационной категории, на которую претендует соискатель). Собеседование представляет собой опрос специалиста членами экспертной группы по теоретическим и практическим вопросам, соответствующим специальности, заявленной в квалификационной документации. Высокая квалификация и компетентность членов экспертной группы способствует организации процесса таким образом, чтобы при оценке работы каждого специалиста были обеспечены независимость и объективность экспертных оценок, а также открытость квалификационных процедур.

Созданный механизм аттестации специалистов позволил в корне изменить подход к целевой функции аттестации, превратив ее из способа диагностики актуального уровня профессиональной квалификации в способ, направленный на повышение профессиональной компетентности. Сегодня аттестация стала средством выявления профессиональных достижений специалистов, создающим условия профессионального роста.

**ПОДГОТОВКА ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С
СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ
Должанская Н.А., Корень С.В., Бузина Т.С.**

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва
natasha.dolzhanskaya@gmail.com

Происходящее в последние десятилетия среди потребителей психоактивных веществ ухудшение эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам В и С, туберкулезу и инфекциям передаваемым половым путем существенно повлияло на весь процесс оказания наркологической помощи, привнеся в него огромный «сплав» медицинских, правовых и множества других проблем, требующих от врачей психиатров-наркологов расширения профессионального кругозора и приобретения новых знаний и навыков. Целью нашего исследования была разработка адекватных и современных подходов к обучению специалистов по вопросам оказания специализированной помощи пациентам с сопутствующими социально значимыми инфекциями. На основании проведенной многоэтапной оценки деятельности основных системообразующих компонентов оказания медицинской помощи: «пациент-врач-нормативно-правовое обеспечение» были получены сведения о значимых показателях этой функциональной системы, которые позволили определить базовые принципы оказания лечебно-

профилактической помощи в наркологии. Принципы первого порядка - мультидисциплинарный подход, комплексность, динамическое наблюдение, моделирование и прогнозирование, легитимность; и принципы второго порядка – прямое профилактическое воздействие, ключевая роль врача психиатра-нарколога, соответствие информированности и навыков врачей, доступность обучения. На основании базовых принципов была разработана программа Профилактики социально значимых инфекций в наркологической практике, предназначенная для дополнительного профессионального образования врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, эпидемиологов, инфекционистов, психологов и специалистов по социальной работе. Программа ориентирована на углубление теоретических знаний и развитие практических навыков обучающихся, и предназначена для совершенствования профессиональных компетенций специалистов по широкому кругу вопросов профилактики и лечения социально значимых инфекций в наркологической практике. Полученные результаты исследований позволили разработать «Протокол консультирования по ВИЧ-инфекции» - доступный инструмент для изучения моделей рискованного наркотического и сексуального поведения пациентов, для определения индивидуального риска, а также для оценки результативности конкретных лечебно-профилактических мероприятий, и включить его в программу обучения специалистов. Программа состоит из нескольких основных разделов, в каждом из которых представлена теоретическая и практические части. Гибкая структура программы и наличие в ней базового и динамического уровней подачи информации позволяет оперативно отражать сведения о современных достижениях медицинской науки и практики. По разработанной программе было проведено обучение врачей психиатров-наркологов и осуществлена краткосрочная и долгосрочная оценка полученных знаний, подтвердившая эффективность этого обучения. Необходимость регулярного образования специалистов по проблемам оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с сопутствующей инфекционной патологией требует создания условий, обеспечивающих им свободный доступ к информации, в том числе и с использованием современных интернет технологий.

АДАПТАЦИЯ В ОБЩЕСТВЕ ОДИНОКИХ ПОЖИЛЫХ – БОЛЬНЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА И ПАЦИЕНТОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Друзь В.Ф.,¹ Олейникова И.Н.,² Гербей П.С.¹

¹ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург,

²ГБУЗ Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, г. Оренбург
vfdruz@rambler.ru

Одиноко проживающие пациенты достаточно широко распространены среди психически больных позднего возраста. Они входят в группу высокого риска в отношении социальной дезадаптации. Между тем, согласно социологическим исследованиям, у одиноких пожилых в общем населении также достаточно часто встречаются нарушения социальной адаптации. В связи с этим важно выяснить влияние возрастного и клинко-психопатологического факторов на адаптацию в обществе одиноких пожилых психически больных.

Цель исследования: определение роли возрастного и клинко-психопатологического факторов в социальной адаптации одиноко проживающих психически больных позднего возраста.

Материалы и методы. Клиническим и социально-психологическим методами обследованы 2 группы лиц в возрасте 60 лет и старше – больные психоневрологического диспансера (235 чел.) и пациенты территориальной поликлиники (102 чел.). У последних в 61,7% случаев выявлены пограничные психические расстройства. По полу, возрасту и соматическому состоянию группы не отличались. Для исследования социальной адаптации использовались социально-бытовые (жилищные и материальные условия, инвалидность и др.) и социально-психологические (отношение к одинокому проживанию, состояние одиночества, уровень социальных контактов, типы одинокого проживания, характер взаимоотношений больных с опекунами и соседями и др.) показатели.

Результаты. Работа проходила в два этапа. На первом этапе определялась социальная адаптация пожилых в обеих группах. На втором – проводился сравнительный анализ социально-бытовых и социально-психологических показателей, а также социальной адаптации в целом в группах. Установлены сходные явления (в обеих группах наблюдались плохие жилищные и материальные условия, состояние одиночества, низкий уровень социальных контактов,

неблагоприятные типы одинокого проживания, взаимоотношений с опекунами и соседями и др.) и различия (нарушения адаптации у больных диспансера носили более выраженный и сложный характер). Первое обусловлено возрастным фактором, второе – выраженными психическими расстройствами.

Полученные сведения необходимо использовать при разработке программы реабилитации данного контингента больных.

ФОРМИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ПСИХИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ РОДСТВЕННИКОВ ВПЕРВЫЕ ЗАБОЛЕВШИХ ПАЦИЕНТОВ

Дубатова И.В., Никонова Н.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Аксайский филиал психоневрологического диспансера, г. Ростов-на-Дону

Tory15@mail.ru

Первая психиатрическая госпитализация - серьезное испытание для родственников пациентов. Психообразовательная работа должна начинаться с первой встречи с врачом. Психиатрический диагноз для близких больного является подчас катастрофическим событием. Упоминание «шизофрении» вызывает резкое неприятие, протест. В пылу «праведного гнева» на психиатров, поставивших «калечащий» диагноз, порой пишут необоснованные жалобы в министерства, затевают судебные тяжбы, прокурорские проверки. Начало лечения откладывается, формируется негативное отношение пациента к врачу и к процессу лечения. Такое поведение продиктовано тяжелым психологическим состоянием родственников пациента. Момент получения информации о психическом расстройстве близкого человека воспринимается как утрата, характерны неверие, отрицание, шок, чувство вины («не уберегли»).

В этой ситуации психиатром должны быть затронуты проблемы адаптации семьи к болезни пациента. Семья нуждается в объективной информации специалистов, в которой представлены характер и особенности болезни, следует ознакомить родственников с ее симптомами, возможными причинами, целями лечения. Важна информация об успешном лечении других пациентов. От врача во многом зависит, как будет относиться к своему недугу пациент, не станет ли «изгоем» в семье, будет ли адаптирован в социальной среде, востребован профессионально. Чем раньше будет начата психообразовательная работа, тем на лучший результат можно рассчитывать.

ПОДХОДЫ К СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ РЕМИССИЙ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Дубашинская Е.О., Фастовцов Г.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

helen.olegovna@yandex.ru ; fgrigo@yandex.ru

Проблема судебно-психиатрической оценки состояний ремиссий у лиц, страдающих шизофренией и совершивших противоправное деяние, остается актуальной до настоящего времени. Несмотря на то, что к данной тематике исследователи обращались неоднократно, необходимость ее дальнейшей разработки на данном этапе обусловлена рядом причин. Среди них значимыми представляются: клинические (патоморфоз заболевания, в том числе и лекарственный), методологические (изменение подходов к оценке психических расстройств в целом и ремиссий в частности с категориального на дифференциальный), законодательные (введение понятия «ограниченной вменяемости») факторы.

Судебно-психиатрическая оценка опирается на многомерную системную оценку психического состояния обследуемого – клиническую, личностно-психологическую и медико-социальную, где важное место занимает ретроспективное установление глубины психических расстройств на момент инкриминируемого деяния. В западной литературе ремиссия определяется исключительно как «низко умеренный уровень интенсивности симптома», когда «пограничные или мягкие его проявления не влияют на поведение индивида» либо как «состояние, при котором нет достаточных критериев, необходимых для подтверждения первоначального диагноза шизофрении». Подобный подход и

критерии лишь частично отражают клиническую реальность. Проведенная валидизация стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии показала, что они охватывают больший процент стабильных состояний по сравнению с международными, что более полно согласуется с отечественным подходом к ремиссиям при шизофрении. Также установлено, что разработанные клинико-функциональные критерии дифференцированно учитывают возможность достижения ремиссии при различных вариантах диагноза по МКБ-10 и являются строгим интегративным стандартом оценки состояния. Исходя из этого, правомерной представляется постановка вопроса о пересмотре критериев ремиссии в сторону их расширения. В противном случае значительная группа состояний с признаками стабилизации процесса не получит адекватной клинической и социальной квалификации, будучи приравненной к психотическим проявлениям, свойственным прогрессивно текущему процессу, и приведет к ошибочной судебно-психиатрической оценке.

Следовательно, актуальным является дальнейшая разработка стандартизированных критериев ремиссии с учетом отдельных клинических форм, типа течения заболевания, категориальной типологии ремиссий и дефектного состояния, а также обоснование принципов и критериев дифференцированной судебно-психиатрической оценки ремиссий с учетом показателей социального функционирования, рассматриваемых в совокупности с размерными характеристиками состояния больных шизофренией.

ПОРЯДОК ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Дубицкая Е.А., Богданов А.К.

ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер», г. Самара

nosachev.g@mail.ru

Согласно ст. 90 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», был создан Порядок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ СО «СПНД» по обеспечению прав пациентов на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи.

Задачами внутреннего контроля качества являются: 1) выявление дефектов в организации лечебно-диагностического процесса, факторов, повлекших за собой снижение качества оказания медицинской помощи, и установление причин их возникновения; 2) выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации и оказании медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов ГБУЗ СО «СПНД». Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется в форме экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). ЭКМП проводится в двух вариантах: 1) Плановая экспертиза качества медицинской помощи; 2) Целевая экспертиза качества медицинской помощи.

Плановая ЭКМП проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения: а) при добровольном обращении; б) находящимся на диспансерном наблюдении. Исполнители плановой ЭКМП: I уровень – заведующий структурным подразделением, II уровень – заместитель главного врача по медицинской части. Объем ежемесячных плановых ЭКМП составляет от числа законченных случаев лечения: при оказании медицинской помощи в дневном стационаре 100% (I уровень ЭКМП), 25% (II уровень ЭКМП); при оказании медицинской помощи в диспансерных отделениях - 0,5% (I, II уровни ЭКМП). Плановая ЭКМП проводится по случаям оказания медицинской помощи, отобранным: а) методом случайной выборки; б) по тематически однородной совокупности случаев. Плановая ЭКМП методом случайной выборки осуществляется для оценки характера, частоты, причин нарушений прав лиц на своевременное получение медицинской помощи необходимого объема и качества – один раз в течение календарного месяца. Плановая тематическая ЭКМП проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам. Выбор тематики осуществляется на основании показателей деятельности ГБУЗ СО «СПНД»: а) частота повторных госпитализаций; б) завершённые суициды; в) частота совершения общественно-опасных действий (ООД); г) частота осложнений медикаментозной терапии; д) первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного

возраста и детей. Плановая тематическая ЭКМП направлена на выявление, установление характера и причин типичных недочётов в лечебно-диагностическом процессе и проводится один раз в квартал.

Целевая ЭКМП проводится в случаях: а) получения жалоб от лица или его законного представителя на качество медицинской помощи в ГБУЗ СО «СПНД»; б) завершённых и незавершённых суцидов; в) совершения пациентами повторных ООД; г) осложнений медикаментозной терапии. При выявлении указанных выше случаев по результатам жалоб граждан, по результатам внутреннего контроля, по запросам органов прокуратуры Российской Федерации, Росздравнадзора, Роспотребнадзора ЭКМП проводится не зависимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи. Количество целевых ЭКМП определяется количеством случаев, требующих её проведения. Целевая ЭКМП проводится врачебной комиссией во главе с заместителем главного врача по медицинской части.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Дудко Т.Н.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва
t_dudko@mail.ru

Создание системы оценки эффективности медицинской и социальной реабилитации наркологических больных относится к одной из основных задач наркологической службы страны и определено концепцией модернизации наркологической службы Российской Федерации. Решение этой задачи непосредственно зависит от разработки критериев оценки эффективности реабилитационной помощи наркологическим больным и внедрения в практику наркологических организаций единых требований к ведению отчетно-учетной документации и алгоритма оценки качества медицинской и социальной реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) или употребляющих их с вредными последствиями. Это касается государственных и негосударственных наркологических организаций, что позволит получить и оценить объективную информацию о качестве реализации программ медицинской и социальной реабилитации в центрах различной ведомственной подчиненности.

Цель исследования: разработать научно обоснованный единый алгоритм оценки и мониторинга эффективности медицинской и социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ и употребляющих их с вредными последствиями.

Медицинские реабилитационные программы включают несколько направлений: медицинское, психотерапевтическое, психологическое (психокоррекционное) и социальное, которые реализуются в условиях стационаров (полустационаров) и амбулаторий любой формы собственности, имеющих лицензию на медицинскую деятельность. Алгоритм оценки деятельности медицинской и социальной реабилитации наркологических больных основывается на нескольких основных принципах вытекающих из современных достижений научной и практической наркологии: объективность и проверяемость, сопоставимость и законность зафиксированной в официальных документах информации о пациенте. Список документации и положений, позволяющих оценить эффективность работы наркологических организаций, осуществляющих лечебно-реабилитационную помощь, должен быть следующим:

1. Перечень отчетно-учетной документации.
2. Перечень дополнительных (факультативных) документов, отражающих динамику реабилитационных услуг в наркологическом реабилитационном учреждении.
3. Перечень показателей учета и анализа структуры и масштабов работы организации, включающий утвержденный план мониторинга, сбора информации, анализа и подготовки отчета оценки эффективности медицинской и социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ.
4. Кадровое обеспечение и материальная база реабилитационных наркологических организаций.
5. Методика объективизации доказательств состояния ремиссии у наркологических больных.

Внедрение в практику наркологических организаций объективной методики, подтверждающей состояние доказанной ремиссии у наркологических больных, позволит получить объективную

информацию и повысить эффективность медицинской и социальной реабилитации лиц, потребляющих наркотические средства или ПАВ без назначения врача.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С КОСМЕТИЧЕСКОЙ МАММОПЛАСТИКОЙ И ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Дюрягина Т.А.¹ Сергеев В.А.²

¹ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1»,
г. Челябинск,

²ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Челябинск
fomendra@mail.ru

Современные литературные данные свидетельствуют о значительной частоте пограничных нервно-психических расстройств у женщин, обращающихся на косметическую маммопластику, ведущее место среди которых занимает эмоционально-аффективная патология. Вместе с тем, до настоящего времени остаются малоизученными структурные особенности этих нарушений и их устойчивость, в том числе и по причине относительного субъективизма клинико-психопатологических заключений, что затрудняет оказание адресной психокоррекционной помощи и проведение комплексной медико-психологической реабилитации данному контингенту. С целью изучения структурных особенностей и содержательных характеристик стойких (не менее года) и относительно краткосрочных (не более 1 месяца) эмоционально аффективных расстройств у женщин, направляемых на операцию косметического эндопротезирования молочных желез, клинически и с помощью психодиагностической методики «Опросник невротических расстройств симптоматический» (ОНР-Си) обследовано 110 пациенток. Из них 80 со стойкой эмоционально-аффективной патологией (основная группа) и 30 – с краткосрочной (контрольная).

Клинико-психопатологическим методом в основной группе были выделены следующие синдромы: депрессивный (53,75%), тревожно-депрессивный (31,25%), расстройство адаптации с депрессивной симптоматикой (15%). В группе контроля все женщины выявляли кратковременное расстройство адаптации с депрессивной реакцией. Обследование методикой ОНР-Си установило, что в структуре эмоционально-аффективных нарушений у пациенток основной группы депрессивный аффект занимает 1-е место, в то время как в контрольной – 4-е, что на достоверно значимом уровне отличало их друг от друга ($p < 0,001$). Содержательный смысл выбранных испытуемыми утверждений опросника свидетельствует о том, что депрессивные переживания характеризуются угнетенностью в течение большей части дня, апатическом отношении к происходящему, ощущением своей малоценности, в частности, в отношениях с противоположным полом и в семейных отношениях. Второе ранговое место в основной группе занимали тревожно-фобические проявления, которые характеризовались беспокойством, страхом в отношении своих молочных желез; в контроле эти проявления занимают 3-е место. По шкале беспокойства и напряженности – 3-е ранговое место у основной и 1-е – у контрольной группы, что связано с предстоящей операцией. В предоперационном периоде женщины отмечали внутреннее напряжение, которое невозможно купировать волевыми усилиями, действия начинали носить хаотичный характер, не приносящий реального результата. На 4-м ранговом месте в основной группе выступают жалобы на частые колебания настроения (аффективная лабильность), в то время как в контрольной группе – 11-е место, что со статистической достоверностью различало их между собой ($p < 0,05$). При этом пациентки основной группы отличались наиболее выраженной эмоциональной неустойчивостью в коммуникативных ситуациях.

Вышеизложенное свидетельствует о значительной частоте пограничных эмоционально-аффективных расстройств у женщин, обращающихся на косметическую маммопластику (как преходящих, так и стойких). Экспериментально-психологическое исследование особенностей их структуры, наряду с тщательным клинико-психопатологическим анализом, даёт возможность осуществлять адресную подборку и оказание адекватной психокоррекционной помощи в процессе комплексной медико-психологической реабилитации данного контингента.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН: СТАТИСТИКА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа
evtushenko_67@inbox.ru

Стандартизированные показатели смертности от суицидов в отдельных субъектах Российской Федерации по-прежнему остаются в диапазоне критического уровня (свыше 20 на 100 тыс. населения), что требует серьезного внимания. Республика Башкортостан является одним из крупнейших субъектов Российской Федерации и входит в состав Приволжского федерального округа (ПФО). По состоянию на 1 января 2015 г. численность населения Республики Башкортостан составила 407987 человек, что позволяет ей находиться на первом месте в ПФО и на седьмом – в Российской Федерации. Республика остается регионом с высокой долей сельского населения - 38,3%. Каждая преждевременная смерть ведет к ущербу в системе трудовых резервов, обесцениванию инвестиций в человека.

Открытие Республиканского клинического психотерапевтического центра Минздрава Республики Башкортостан и формирование республиканской психотерапевтической службы, организационно отличающейся от системы «большой» психиатрии, позволило значительно снизить показатель смертности от суицидов. Однако наметившиеся, в последнее время, тенденции к снижению суицидальной смертности в Республике Башкортостан не могут дезориентировать профессионалов. Среднестатистический показатель частоты суицидов в 2013 г. составил – 38,5 на 100 тыс. населения, в 2014 г. – 33,3 и в 2015 г. – 30,9, что почти в 2 раза превышает критический уровень. Значительны различия по частоте суицидов в районах Республики - от 98,2 до 2,8 на 100 тыс. населения.

Согласно данным Башкортостанстата, самоубийства как причина смерти составила в 2014 г. 2,5% от общего числа - седьмое место среди всех основных групп причин смерти. Каждый сороковой человек добровольно уходил из жизни каждые 7 часов. Если бы не самоубийства, разрыв между рождаемостью и смертностью в Республике Башкортостан был бы больше на 18%. Количество самоубийц более чем в 1,5 раза превышает число погибших в ДТП. Жертв суицида в республике в 4 раза больше, чем погибших от рук убийц. Порядка 60% суицидентов составляют мужчины молодого возраста, безработные, проживающие в сельской местности, злоупотребляющие алкоголем.

Для решения дальнейшего снижения показателей суицидальной смертности в Республике Башкортостан начата работа по формированию трехуровневой системы оказания специализированной помощи лицам с кризисными состояниями, суицидальными тенденциями и пограничными психическими расстройствами. К 2017 г. будет организована амбулаторная и стационарная психотерапевтическая помощь в восьми межмуниципальных центрах. Она включит в себя кризисный стационар Республиканского клинического психотерапевтического центра и круглосуточный «Телефон доверия».

В республике принято стратегическое решение о разработке государственной целевой программы по профилактике суицидов в рамках программы «Обеспечение общественной безопасности в Республике Башкортостан».

НАЗНАЧЕНИЕ ПСИХО-НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ О ПРЕСТУПЛЕНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С НАРКОТИКАМИ

Егорова Т.И.

ФКОУ ВО «Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний», г. Рязань
madamti62@yandex.ru

Наркотическая зависимость, являясь психическим расстройством, не исключаящим вменяемости, существенно изменяет интеллектуально-волевые и мотивационные психические процессы. Необходимость достижения психологического и физиологического комфорта путем интоксикации определяет направленность поведения лица, больного наркоманией.

Согласно положениям ст. 22 и ч. 2 ст. 61 Уголовного кодекса Российской Федерации в качестве смягчающего обстоятельства при назначении наказания возможно учитывать наличие у

виновного заболевания наркоманией. В данном случае психические переживания и физическое (компульсивное) влечение, связанные с желанием потребления наркотиков, превалируют над осознанием лицом общественной опасности незаконных действий, связанных с оборотом наркотиков без цели сбыта. Сознание и волю лица в подобных обстоятельствах нельзя признать абсолютно свободными, а действия лица, выразившиеся в незаконном обороте наркотиков без цели сбыта, в полной мере контролируемы и осознанными, что весьма редко учитывается при назначении наказания. Правоприменительная практика неоднозначно относится и к отсутствию у виновного заболевания наркоманией: от игнорирования какого-либо значения данного факта, до признания данного обстоятельства отягчающим.

Подобный правоприменительный подход не в полной мере основывается на смысле закона, действие которого направлено, в частности, на предупреждение преступлений.

По делам рассматриваемой категории представляется обязательным назначение и производство психо-наркологической судебной экспертизы. Данное обстоятельство будет способствовать не только справедливому наказанию виновного, но и выявлению, а также предупреждению немедицинского потребления наркотиков, так как в настоящее время наблюдается тенденция к отказу подозреваемых и обвиняемых от участия в рассматриваемом процессуальном мероприятии. На практике, же наличие у лица заболевания наркоманией может являться косвенным доказательством его причастности к совершению преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков.

Сложившуюся ситуацию нельзя признать соответствующей действующему законодательству, так как выявление и признание у лица наличия наркотической зависимости, постановка его на учет в наркологический диспансер направлено на установление и устранение обстоятельств, способствующих совершению преступлений, предусмотренных ч. 1 ст. 2 УК РФ, ст. 72.1 УК РФ, ч. 2 ст. 73 УПК РФ. Это позволит организовать оказание виновному своевременной медицинской помощи, обеспечить возможность позитивной ресоциализации осужденного.

Унификация судебной практики возможна в направлении учета наркотической зависимости в качестве смягчающего обстоятельства в совокупности с другими данными. Подобный подход позволит стимулировать лиц, больных наркоманией, проходить психо-наркологическую экспертизу, эффективно их выявлять, осуществлять в отношении них предусмотренные законом медицинские, реабилитационные и профилактические мероприятия.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАЩИХСЯ СРЕДНЕСПЕЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Егорова П.Л.¹, Портнова А.А.²

¹ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново
Polka.kpl@mail.ru

²ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
aapserbsky@yandex.ru

Важными задачами системы образования являются не только получение качественного образования, но и помощь в самореализации и раскрытие потенциала личности. Современные условия диктуют необходимость развития системы медико-психолого-педагогического сопровождения подростков в образовательном процессе. По данным Минздрава России и Роспотребнадзора 50% учащихся имеют функциональные отклонения, 35–40% – хронические заболевания. При этом значительную долю патологии составляют психические расстройства. Проблема психического здоровья детей и подростков – одна из важнейших проблем любого общества. Последствия психического неблагополучия могут иметь для детско-подросткового населения необратимый характер.

Разработанная модель Центра по психосоциальной реабилитации подростков, имеющих отклонения в психическом здоровье, позволяет наиболее эффективно осуществлять медико-психолого-педагогическое сопровождение подростков в образовательном процессе, обучающихся в учреждениях среднего профессионального образования. Основными направлениями деятельности Центра психосоциальной реабилитации являются оказание психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи.

Модель психосоциальной реабилитации позволяет объединить усилия не только профильных специалистов, но и педагогов, администрации, мастеров производственной практики, то есть всех субъектов учебно-воспитательного процесса, наметить целостную программу индивидуального сопровождения учащегося, адекватно распределить обязанности и ответственности за ее реализацию. Разработанная нами программа психосоциальной реабилитации носит комплексный характер, и в то же время имеет личностно-ориентированную направленность.

Психосоциальная реабилитация подростков характеризуется рядом существенных отличий от реабилитации зрелой личности, как в общих аспектах, так и в практической реализации. Этим обуславливается необходимость разработки интегративных лечебно-реабилитационных подходов и определения форм и методов комплексной психосоциальной терапии с участием психиатров, психологов, психотерапевтов, дефектологов, социальных работников и других специалистов.

Модель психосоциальной реабилитации использовалась в колледже в течение 2 лет. Предварительные результаты показывают эффективность данной модели. Отклонения в психическом здоровье учащихся, приводящие к возникновению психической дезадаптации, в процессе проводимой реабилитации успешно корректируются. Практически все учащиеся, попавшие в группу наблюдения по психической дезадаптации в период обучения, успешно прошли программу психосоциальной реабилитации.

Разработанная модель психосоциальной реабилитации подростков с отклонениями в психическом здоровье, обучающихся в учреждениях среднего профессионального образования, улучшает качество оказываемой медико-психологической помощи, повышает качества жизни и социального функционирования учащихся и членов их семей.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Егорочкина Ю.В., Хрящев А.В., Тарханов В.С.

ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань
savvich-65@mail.ru

С целью дальнейшего улучшения качества оказания специализированной психиатрической помощи лицам пожилого возраста, в апреле 2014 г. в ГБУЗ АО «ОКПБ» сформирован отдел геронтопсихиатрии и медико-социальной реабилитации. Основными задачами отдела являются:

* выявление и ранняя диагностика психических и поведенческих расстройств у лиц пожилого возраста;

* организация, совершенствование и развитие квалифицированной специализированной психиатрической помощи пациентам пожилого возраста и лицам, утратившим социальные связи;

* создание в соматогериатрических отделениях психотерапевтической среды, психологически комфортной атмосферы, индивидуального подхода к пациенту;

* обеспечение комплексного подхода к диагностике, лечению и медико-социальной реабилитации пациентов с учетом их личностных особенностей;

* обеспечение квалифицированной медицинской помощи пациентам пожилого возраста с сопутствующей хронической соматической и неврологической патологией;

* обеспечение непрерывности и преемственности лечебно-реабилитационного процесса вне зависимости от этапа (стационарного или амбулаторного) и уровня психических расстройств;

* оказание специалистами отдела консультативной помощи районным участковым психиатрам Астраханской области по проблемам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации лиц пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами.

В структуру отдела входят 4 отделения - 2 мужских и 2 женских, развернутых на 250 коек для круглосуточного пребывания пациентов, отделение медико-социальной помощи. Стационарные отделения, входящие в структуру отдела профилированы для осуществления комплекса организационных, клиничко-диагностических, психосоциальных и реабилитационных мероприятий, направленных на оказание помощи пациентам с психическими расстройствами преимущественно старше 60-ти лет. Отделения осуществляют диагностику психических и соматических расстройств у лиц пожилого возраста; оптимальный выбор нейрорепитивной и симптоматической терапии; осуществление комплексной терапии имеющихся психических нарушений с учетом сопутствующей соматической патологии и возрастных особенностей пациента; обеспечение квалифицированного

ухода за больными, создание психологической комфортной атмосферы, благоприятных условий жизнедеятельности пациентов в наименее ограничительных условиях; проведение психосоциальных мероприятий, восстановление утраченных навыков самообслуживания; оказание социально - правовой помощи психически больным, регулирование бытовых вопросов, проведение медико - социальной экспертизы для определения группы инвалидности и оформления индивидуальной программы реабилитации инвалида. Лечебно- диагностическую и реабилитационную работу сотрудники отделения осуществляют в контакте с кафедрой психиатрии Астраханского государственного медицинского университета.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБВИНЯЕМЫХ В АГРЕССИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Еникеев А.Р., Ермакова Л.В., Захарова Г.Г., Афзалетдинова Д.Х.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики

Башкортостан, г. Уфа

az_enikeev@bk.ru, Lara_67@mail.ru

В настоящее время агрессия в отношении несовершеннолетних является одной из актуальных проблем вследствие ее высокой медицинской и социальной значимости.

Анализ проведенных в РКПБ № 1 МЗ РБ судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ) за 2013 – 2015 гг. в отношении 92 обвиняемых в совершении агрессивных противоправных действий в отношении несовершеннолетних показал, что преобладающим являлось причинение побоев и умышленное причинение легкого вреда здоровью (81,5%), в остальных случаях были совершены тяжкие преступления – убийства (18,5%). Среди исследованного контингента преобладали лица мужского пола – 77,2%, женщины составляли 22,8%. Средний возраст подэкспертных составил 31±11,03 лет, 9% из них являлись несовершеннолетними. Большая часть подэкспертных были социально дезадаптированы: 41% не работали, 32% постоянного места работы не имели, получая доход лишь от случайных заработков, 9,2% являлись учащимися средне-специальных учебных заведений. Работали только 17,8% подэкспертных, занимаясь низкоквалифицированным трудом. Никогда не состояли в браке 54,5%, были в разводе 11,4%, состояли в зарегистрированном браке 27,3%, проживали в гражданском браке 6,8%. По месту жительства у трети подэкспертных (32%) ранее отмечались агрессивные тенденции, в связи с чем, они отрицательно характеризовались в быту. Кроме того, 25% были ранее судимы. Все обвиняемые были ранее знакомы с потерпевшими, совершая в большинстве случаев агрессивные действия в отношении несовершеннолетних из лиц ближайшего окружения – в 34% случаях в отношении своих детей, либо пасынков/падчериц (23%), сестер/братьев (6,8%), иных родственников (6,8%), в остальных случаях в отношении знакомых (17%), соседей (12,4%). Средний возраст жертв составил 10,7±5,4 лет. Среди признанных виновными у 27,3% было выявлено органическое расстройство личности, у 20,5% органическое эмоционально-лабильное расстройство, у 18,2% - легкая умственная отсталость, с такой же частотой отмечено отсутствие психических расстройств (18,2%). У остальных подэкспертных в 6,8% случаев выявлялся синдром зависимости от алкоголя средней стадии, у 4,5% отмечено социализированное расстройство поведения. Более чем в половине случаев (55%) при совершении агрессивных противоправных действий у обвиняемых было установлено состояние алкогольного опьянения. Среди прошедших СПЭ подэкспертных, совершивших тяжкие правонарушения в отношении несовершеннолетних, невменяемыми были признаны 4,3% подэкспертных, 1% - ограниченно вменяемыми (ст.22 УК РФ). Среди психических расстройств у лиц, в отношении которых было рекомендовано принудительное лечение, преобладали депрессивные эпизоды тяжелой степени (75%) и органические психические расстройства (25%).

Таким образом, среди исследованного контингента преобладают лица, не имеющие тяжелых психических расстройств, что, по-видимому, свидетельствует о большем влиянии социальных факторов и прежнего криминального опыта, способствующих противоправному поведению.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Ермакова Л.В., Кунафина Е.Р., Еникеев А.Р.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа;
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа

Lara_67@mail.ru, erkunafina@mail.ru

Одним из индикаторов, характеризующих социальное здоровье общества, является преступность несовершеннолетних. Социально-экономическая нестабильность, связанная с политическими и экономическими изменениями в стране в последние годы, отсутствие четкой системы общенациональных ценностей вызвали определенные негативные последствия. Увеличение числа детей, находящихся в особо трудных обстоятельствах (социальных сирот, детей-жертв преступлений, ранняя алкоголизация и формирование зависимости от наркотических средств и др.) способствует криминализации лиц подросткового возраста. Число несовершеннолетних, совершивших общественно опасные деяния (ООД) и направленных на судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ) в 2015 г., составило 402 человека, их удельный вес в общем числе подэкспертных составил 8,6%. Подавляющее большинство несовершеннолетних (96,3%) прошли освидетельствование амбулаторно. В стационарных условиях осуществлено только 15 экспертиз. Как показывает практика, выбор вида экспертизы часто оказывается неадекватным. Как правило, не учитывается основная особенность клиники подросткового возраста – трудность диагностики психических заболеваний и предпочтительность в связи с этим стационарной СПЭ. Как известно, основанием для направления на СПЭ несовершеннолетних являются сомнения в психической полноценности лица, привлеченного к уголовной ответственности, которые могут возникнуть на любом этапе уголовного следствия, судебного разбирательства или отбывания наказания в местах лишения свободы. Для того чтобы эти сомнения возникли и не были случайными, требуется систематическое повышение квалификации следователей, прокуроров, адвокатов в области подростковой судебной психиатрии, необходимое для более четкого представления о том, с кем они имеют дело, какие документы необходимо собрать в уголовном деле для СПЭ, как формулировать вопросы к эксперту.

В соответствии с требованиями, предъявляемыми к СПЭ несовершеннолетних, они должны быть преимущественно комплексными. Однако данные о работе СПЭ Республики Башкортостан свидетельствуют, что комплексные СПЭ составили в 2015 г. только 61,6% от числа всех проведенных освидетельствований несовершеннолетних. Поэтому роль психиатров-экспертов в выборе вида экспертизы должна быть более активной. Если эксперт убежден, что вид экспертизы выбран судебно-следственными работниками неправильно, он может в письменной форме рекомендовать более адекватный вид освидетельствования, например, назначение комплексной СПЭ и пр.

Также необходимо учитывать, что незрелость психики подростка предрасполагает, с одной стороны, к его конформности, а с другой – к психическому индуцированию с возможностью внушенных форм мотивации и поведения или психопатологических переживаний. Если возникают такие подозрения, то необходимо продление сроков клинического наблюдения.

Таким образом, экспертиза несовершеннолетних должна быть: а) преимущественно комплексной с привлечением специалистов смежных дисциплин, знакомых с особенностями психофизиологического функционирования в подростковом возрасте (психолог, эндокринолог, сексолог); б) для подсудимых и осужденных рекомендуется по возможности стационарная СПЭ; в) для потерпевших и свидетелей целесообразно амбулаторное освидетельствование, но в случаях затруднений в диагностике или экспертной оценке закономерно изменение вида экспертизы на стационарную.

ВЫБОР ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Жарова Е.Н., Макушкина О.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
makushkina@serbsky.ru

В системе предупреждения опасных действий психически больных центральное место занимает проблема оценки потенциального риска общественной опасности. Важным является основанный на этой оценке выбор принудительных мер медицинского характера в судебно-психиатрической экспертной практике, во многом определяющий эффективность их исполнения.

По данным архива ФМИЦПН имени В.П. Сербского за 2014 г., из 2150 подследственных и подсудимых, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу, 444 имели диагноз органического психического расстройства (ОПР), из них 120 были признаны не способными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими на период совершения общественно опасного деяния.

Цель исследования. Определение клинико-психопатологических характеристик ОПР, значимых для прогнозирования риска общественно опасного поведения больных и выбора вида принудительного лечения.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись подэкспертные с ОПР, которым комиссиями судебно-психиатрических экспертов было рекомендовано назначение принудительных мер медицинского характера. Отбор проводился методом сплошной выборки. Обследовано 40 человек с ОПР непсихотического и психотического регистра с диагнозами: органического расстройства личности, органического бредового расстройства и других психотических расстройств, обусловленных повреждением и дисфункцией головного мозга различного генеза.

Результаты. Установлено, что у преимущественного большинства (80%) обследованных в период проведения судебно-психиатрической экспертизы сохранялись выраженные нарушения волевого самоконтроля и эмоционального реагирования в виде эмоциональной лабильности, эксплозивности, эмоционального огрубления, склонности к внешнеобвиняющим формам поведения. Выявлена высокая распространенность значительного снижения когнитивных и критико-прогностических функций. У части подэкспертных отмечались настороженность, склонность к фиксации на негативных переживаниях в сочетании со злопамятностью и обидчивостью, что усугублялось наличием у них психопатоподобных нарушений с элементами агрессивности, брутальности в поведении. Характерным для всех обследованных с ОПР психотического уровня было наличие галлюцинаторно-бредовой симптоматики. В случаях сочетания ОПР с болезнями зависимости последние усиливали волевую дисрегуляцию, эмоциональные нарушения.

Определение клинико-психопатологического паттерна опасного поведения (аффективный, интеллектуально-мнестический, психопатоподобный, галлюцинаторно-бредовый и проч.), степени выраженности нарушений эмоционально-волевых и критико-прогностических функций с анализом имеющихся личностных и социальных факторов риска общественной опасности позволит объективизировать выбор вида принудительных мер медицинского характера в отношении больных с ОПР.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРФИЗМОМ МТНFR677C>T

Жилыева Т.В.¹, Сергеева А.В.¹, Благоданова А.С.¹, Сучков Ю.А.², Тришкова Е.Б.³, Шамин В.В.², Смирнова А.Г.², Татанова Д.С.², Константинова В.В.³

¹ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России,

²ГБУЗ Клиническая психиатрическая больница № 1, г. Нижний Новгород,

³ГБУЗ НО «Нижегородская областная психиатрическая больница № 3», г. Нижний Новгород

bizet@inbox.ru

Нарушения обмена фолатов в настоящее время активно изучаются за рубежом во взаимосвязи с различными аспектами шизофрении. В частности, показано, что носительство генетического полиморфизма фолатного обмена МТНFR677C>T ассоциировано с большей

выраженностью негативных и отдельных когнитивных симптомов у больных шизофренией, особенно у пациентов мужского пола. Однако результаты, полученные авторами из разных стран, различаются. В России подобных исследований до настоящего времени не проводилось. Нарушения обмена фолатов поддаются коррекции. Поэтому выявление их взаимосвязи с различными аспектами шизофрении открывает возможности профилактики отдельных проявлений этого заболевания.

Целью исследования был сравнительный анализ сведений из медицинской документации об особенностях клиники и течения заболевания у пациентов с шизофренией, носителей полиморфизма фолатного обмена MTHFR677C>T и нормального генотипа MTHFR677CC.

Материалы и методы. 150 пациентов с диагнозом шизофрения обследованы методом ПЦР на предмет носительства генетического полиморфизма MTHFR677C>T, после чего изучалась доступная медицинская документация (текущая и архивная). Проведен сравнительный анализ особенностей клиники и течения заболевания у пациентов двух групп: носителей полиморфизма MTHFR677C>T (n=77) и нормального генотипа MTHFR677CC (n=73).

Результаты. Обнаружено, что пациентов с носительством изучаемого генетического полиморфизма от пациентов с нормальным генотипом достоверно отличает: 1) более старший возраст на момент исследования: 44,2±12,5 лет против 39,9±11,7 лет (p=0,036, Манн-Уитни тест), 2) более частое течение заболевания по непрерывному типу с момента манифестации: 59 из 76 случаев против 41 из 68 случаев в группе сравнения (критерий $\chi^2=4,3$ с поправкой Йетса на непрерывность; p=0,038), 3) наличие в преморбидном периоде диагнозов психопатологических расстройств и неврологических синдромов, специфических для детского возраста: 30 случаев из 65 против 18 случаев из 66 (критерий $\chi^2=4,25$ с поправкой Йетса: p=0,039), 4) большая вероятность наступления недееспособности при сопоставимом возрасте и длительности течения заболевания: 17/71 случая против 7/71 в группе сравнения (критерий $\chi^2=4,06$ с поправкой Йетса, p=0,0439). Также в группе пациентов с носительством полиморфизма MTHFR677C>T чаще, чем в группе сравнения, но статистически не достоверно встречается: 1) кататоническая форма шизофрении в момент дебюта заболевания: 4 случая из 77 против 0 из 72 (критерий $\chi^2=2,11$ с поправкой Йетса, p=0,146), 2) мужской пол: 41 из 77 пациентов против 34 из 73 (критерий $\chi^2=0,43$ с поправкой Йетса, p=0,51), 3) наличие метаболического синдрома и ассоциированных с ним состояний: 10 случаев из 70 против 5 из 69 в группе сравнения (критерий $\chi^2=1,13$ с поправкой Йетса, p=0,287). Полученные данные свидетельствуют о том, что носительство полиморфизма MTHFR677C>T у больных шизофренией в российской популяции может быть ассоциировано с более старшим возрастом начала шизофрении, тяжестью ее проявлений (непрерывным типом течения, большей вероятностью наступления недееспособности), мужским полом, наличием психопатологических и неврологических синдромов в преморбиде, а также, возможно, выраженностью кататонии и метаболического синдрома у пациентов. Выявленные особенности свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения нарушений обмена фолатов у больных шизофренией. Результаты можно использовать для разработки алгоритмов выявления пациентов с нарушениями обмена фолатов и персонализированной коррекции биохимических нарушений.

МЕЖГЕНДЕРНОЕ ОБЩЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КАК РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ФАКТОР

Загатина Ю.В., Федина Г.А., Панюкова И.А., Рыбакова М.А.

ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 ДЗ г. Москвы»,
ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России,
г. Москва,

ПАО "Фармстандарт", г. Москва
dr-fedin@mail.ru, profmedpb13@mail.ru

Сложившаяся практика раздельного пребывания мужчин и женщин при госпитализации в психиатрический стационар совершенно необходима для острых психотических состояний и не оправдана применительно к пациентам с симптомокомплексом, определяемым астеническими, депрессивными, апатоабулическими расстройствами.

Купирование острых психотических состояний должно переходить в этап, когда психофармакологическое и психотерапевтическое лечение осуществляется в условиях

«психотерапевтического климата», в которых искусственная гендерная сегрегация уже является сдерживающим фактором выздоровления.

Вне острого процесса пациенты, находясь в одном отделении, в процессе межгендерного общения (подвинуть стул в буфете, подать пальто, оказать иную услугу), вынуждены стимулировать себя на социально-одобряемое, позитивно-ориентированное поведение, которое не может не сопровождаться положительными эмоциями (или их демонстрацией). Такое поведение, хотя и ситуационно-навязанное режимом отделения на начальных этапах терапии, в последующем воспринимается пациентами как естественная форма поведения, ведет к подкреплению фармако- и психотерапии, что способствует скорейшему формированию более глубокого и стойкого терапевтического эффекта и тем самым стимулируются механизмы адаптации пациента к жизни в социуме, вне стен психиатрического стационара. Пребывание мужчин и женщин в смешанных отделениях значительно улучшают терапевтический прогноз, способствуют скорейшей социальной адаптации и более успешной интеграции в общество. Создание условий «психотерапевтического климата» и их реализация возможны в санаторных (полустационарных) отделениях.

РОЛЬ ГЕНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАЛИЗАЦИИ СТРЕСС - РЕАКЦИИ, В РАЗВИТИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ*

**Зайнуллина А.Г.^{1,2}, Зайнуллин И.А.² Ахмерова И.Ю.³, Марфина Н.А.⁴, Кунафина Е.Р.⁴
Валинуров Р.Г.^{3,4}, Хуснутдинова Э.К.¹**

¹ФГБУ «Институт биохимии и генетики» Уфимского научного центра РАН, г. Уфа

aigul_zainullina@mail.ru

²Региональная общественная организация «Новое поколение» Республики Башкортостан, г. Уфа,

³ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

rpbmzrb@mail.ru

⁴ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

Существует точка зрения, что психопатологической основой для суицида являются склонность к депрессии, потеря контроля над агрессивными импульсами и неспособность справляться со стрессами. Хронический и множественный стресс является основанием для плохого психического здоровья в целом, и сопутствует индивидууму всю его жизнь в самых разных формах (неврозы, психопатии, аддикции, психические расстройства). Некоторые факторы, которые определяют ответ индивидуума на стресс, унаследованы. По некоторым оценкам, приблизительно от половины до двух третей различий в чертах индивидуальности определяются генетическими факторами. Генетический полиморфизм и клинически существенные изменения экспрессии генов вовлечены в регулирование системы ответа на стресс.

В рамках настоящего исследования в группе лиц с суицидальным поведением (N=360) и контрольной группе (N=380) из Башкортостана методом ПЦР-ПДРФ анализа было проведено изучение 21 полиморфного варианта 10 генов, участвующих в реализации стресс-реакции, рецептора кортикотропин-рилизинг гормона 1 типа (CRHR1), рецептора глюкокортикоидного гормона (NR3C1), иммунофиллин FK506 связывающего протеина 51 (FKBP5), метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR), мускариночувствительного M2 холинорецептора (CHRM2), переносчика серотонина (SLC6A4), рецептора 1A серотонина (HTR1A), триптофангидроксилазы 1 (TPH1), переносчика норадреналина (SLC6A2), эпсилон полипептида семейства 14-3-3 (YWHAЕ). В результате исследования были выявлены генетические маркеры повышенного и пониженного риска развития суицидального поведения. Кроме того, определены ключевые межгенные взаимодействия, детерминирующие развитие суицидального поведения у индивидов из Башкортостана.

Полученные данные будут способствовать более углубленному пониманию молекулярно-генетических механизмов формирования суицидального поведения, позволят предложить новые направления в разработке методов лечения, диагностики и формирования групп риска.

**Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ №11-06-00554а.*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Зайцева Е.А., Фастовцов Г.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

micy1@yandex.ru

В последние годы отмечается отчетливая тенденция к увеличению числа психических расстройств, обусловленных воздействием стрессовых факторов, что определяет сложность и неоднозначность диагностических подходов к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР). Развитие атипичной формы ПТСР, как разновидности реактивных состояний, определялось совокупностью взаимосвязанных показателей, таких как: проявления органического поражения центральной нервной системы; патологизирующие условия воспитания, определявшие длительное воздействие неблагоприятных стрессовых факторов в детском возрасте и провоцировавших возникновение невротических реакций и повышенной тревожности; преморбидные личностные особенности, специфичность которых проявлялась различными вариантами дисгармоничного сочетания характерологических черт паранойяльного, эпилептоидного, истерического, тормозимого и шизоидного круга. Отличительной особенностью атипичных вариантов ПТСР являлось развитие вследствие неоднократных воздействий тяжелых, достигавших уровня катастрофических, острых и хронических стрессовых факторов.

Формирование атипичных вариантов ПТСР базируется на сочетании облигатных и факультативных симптомов ПТСР, а также сложных психопатологических структур, образовавшихся при взаимодействии симптомов собственно ПТСР и коморбидных расстройств тревожного, депрессивного и соматоформного спектров. При формировании тревожного варианта ПТСР предрасполагающими являлись характерологические особенности смешанного радикала с личностной тревожностью, он развивался под воздействием боевых стрессовых факторов. Психопатологические феномены характеризовались сочетанием психопатологических расстройств, характерных для ПТСР и видоизмененных паническими атаками и генерализованным тревожным расстройством. При формировании депрессивного варианта ПТСР предрасполагающими являлись личностные особенности, включавшие склонность к аффективным нарушениям в преморбиде. Течение было волнообразным, развитию предшествовала острая реакция на стресс, в клинической картине отмечалось усложнение синдромов за счет констелляции психотравмирующих переживаний. При формировании соматоформного варианта предрасполагающими являлись личностные особенности истерического круга, развитию предшествовала острая реакция на стресс, оказывающая определяющее влияние на психопатологические проявления. Течение заболевания характеризовалось усложнением клинической картины за счет соматоформных и конверсионных расстройств. При формировании психотического варианта предрасполагающими являлись личностные особенности смешанного круга и в клинической картине отмечалось 3 группы психопатологических нарушений, достигавших психотического уровня: сверхценные идеи, трансформировавшиеся в бредовые переживания; кратковременные психотические состояния, включавшие в себя симптомы нарушенного сознания, бред и галлюцинации; актуализировавшиеся и усугубившиеся компоненты типичного ПТСР.

ВЛИЯНИЕ ДЕТСКОГО ПЕРФЕКЦИОНИЗМА НА ФОРМИРОВАНИЕ ШКОЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Зайцева О.Г., Куликова В.В., Алимova А.Ф.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

olga_zaitseva@bk.ru

Школьная тревожность – это широкое понятие, включающее различные аспекты устойчивого школьного эмоционального неблагополучия. Именно интенсивное, дезорганизирующее учебную деятельность переживание тревожности рассматривается как системообразующий признак школьной дезадаптации, которая отрицательно влияет на все сферы жизнедеятельности: не только на учебу, но и на общение, в том числе и за пределами школы, на здоровье и общий уровень психологического благополучия. Процесс формирования школьной тревожности на основе перфекционистских установок можно считать закономерным, так как чаще всего тревожность развивается тогда, когда ребенок находится в ситуации конфликта, вызванного негативными требованиями, которые могут

поставить его в униженное или зависимое положение, неадекватными, чаще всего завышенными или противоречивыми требованиями, которые предъявляются к ребенку родителями, школой, сверстниками.

Цель исследования: оценить влияние перфекционизма на уровень школьной тревожности.

Материалы и методы. Было проведено исследование в виде анонимного анкетирования 50 школьников обоего пола, в возрасте 11-12 лет. Для оценки перфекционизма как личностного фактора тревожных расстройств и состояний эмоциональной дезадаптации использовались модифицированные варианты тестов для определения направленности личности Б. Басса и школьной тревожности Филлипса.

Результаты. В результате исследования, было выявлено, что у 20 школьников (40%) выявляется четкая направленность на «СЕБЯ», среди данной группы у 12 (60%) опрошенных зафиксирован средний уровень тревожности, у 5-ти (25%) учеников повышенный, у 3-х (15%) выявлен высокий уровень школьной тревожности. Направленность на «общение» выявлена у 17 (34%) опрошенных школьников, где у 12 (70,59%) отмечается средний уровень тревожности, у 3 (17,65%) можно говорить о повышенной тревожности ребенка, у 2 (11,76%) уровень школьной тревожности высокий. У 13 (26%) респондентов выявлена направленность личности на «дело», среди них у 8 (61,51%) школьников уровень тревожности в пределах средних значений, у 3 (23,1%) – повышенный, высокий уровень тревожности зафиксирован у 2 (15,39%) школьников. Таким образом, показатели, говорящие о повышенной тревожности, выявлены у 11 (22%) учащихся, а уровень высокой тревожности ребенка зафиксирован у 7 (14%) школьников. Направленность личности на «себя» соответствует наиболее высокому уровню школьной тревожности. У таких детей чаще возникает тревожная симптоматика, выше самокритичность, чувство вины, стыда. Таким образом, профилактика и коррекция перфекционистских установок может способствовать снижению уровня расстройств тревожного спектра.

СРАВНЕНИЕ ПРОФИЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЗАВИСИМОСТЕЙ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ПОДХОД В АДДИКТОЛОГИИ **Зальмунин К.Ю.**

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», г. Казань
zalmunin.konstantin@yandex.ru

В условиях стремительно растущего спроса на помощь пациентам с зависимостями в нашей стране уже на протяжении без малого 10 лет ставится вопрос о создании специализированной аддиктологической службы. В этой сфере имеются различные точки зрения, по-разному представляющие механизмы возникновения и течения зависимостей, необходимости применения различных лечебных и реабилитационных мероприятий. Сравнительная аддиктология (СА) изучает закономерности и особенности формирования, клиники, терапии, профилактики различных видов аддиктивного поведения и методы реабилитации. СА является перспективным направлением в науке о зависимостях, при этом ориентированным на практические задачи здравоохранения.

Целью исследования являлось сравнение клинико-психопатологических проявлений при различных типах зависимостей (алкогольной - АЗ, наркотической - НЗ, табачной - ТЗ и при патологическом гемблинге - ПГ) и построение «профиля» зависимости для подтверждения «сущностного сходства клинико-динамических моделей развития расстройства». Сравнительной оценке были подвергнуты содержательные характеристики следующих феноменов и синдромов: алекситимия, анозогнозия, аутоагрессивные тенденции и аддиктивное влечение.

Материалы и методы. В исследование были включены 127 стационарных и амбулаторных пациентов (83 мужчины и 44 женщины в возрасте от 18 до 65 лет): 33 пациента с НЗ, 31 пациент с АЗ, 32 пациента с ТЗ и 31 пациент с ПГ, которым был выставлен диагноз в соответствии с критериями МКБ-10. В качестве методов исследования применялись следующие методики: Торонтская шкала алекситимии TAS, метод Дембо-Рубинштейна, линейная шкала самооценки тяжести аддиктивного влечения, «Сокращенный многофакторный опросник личности» (Mini-Mult), стандартизированный сбор анамнеза. В зависимости от доли испытуемых в каждой группе, со значительными изменениями по указанным методикам, производилась оценка группы по 5-балльной шкале: <5% - 0 баллов, 5-29% - 1 балл, 30-49% - 2 балла, 50-69% - 3 балла, 70-89% - 4 балла, >90% - 5 баллов.

Результаты. Доля пациентов с выраженными изменениями в группе страдавших ТЗ оказалась достоверно наименьшей ($p \leq 0,05$). Группа испытуемых с ПГ показала клинико-психопатологическое сходство с НЗ, отличаясь лишь меньшей распространенностью алекситимии. Однако, достоверно чаще ($p \leq 0,05$) у испытуемых с ПГ наблюдалось наличие личностной предрасположенности, вероятно, способствовавшей формированию заболевания. В группе испытуемых с АЗ доля больных с высокими показателями кривинга (патологического влечения), алекситимии и анозогнозии была меньше, чем в группах с НЗ и ПГ. Это обусловило «промежуточное» положение АЗ между зависимостью с наиболее часто встречающимися психопатологическими и патопсихологическими симптомами и синдромами – НЗ, ПГ и ТЗ. Сравнение суммы баллов позволило сделать достоверный вывод о более выраженном аддиктивном потенциале НЗ и ПГ и прогнозируемо более злокачественном их течении.

Таким образом, сравнительная оценка изученных аддикций позволила построить «профиль» аддиктивных расстройств, а также определить их аддиктивный потенциал. Полученные результаты могут способствовать на практике внедрению более эффективных прогнозов течения аддиктивных расстройств и совершенствованию лечебно-реабилитационных мероприятий при работе с данной категорией пациентов.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАЛМЕФЕНА В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ И ПОЛИНАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Залялетдинов Т.С., Мубаракшин Э.Н.

Группа медицинских центров «Эра», г. Казань

centrera@mail.ru

Налмефен является модулятором опиоидной системы, проявляющим свойства антагониста по отношению к μ и δ - опиоидным рецепторам и частичного агониста κ -опиоидных рецепторов. Препарат был недавно включен в арсенал средств, предназначенных для снижения потребления алкоголя у взрослых пациентов с алкогольной зависимостью, имеющих высокий уровень риска его потребления, с целью снижения и контроля количества потребляемого алкоголя, облегчения процесса медико-социальной реабилитации, скорейшей ресоциализации пациентов и, как следствие, повышения качества их жизни.

Цель исследования. Описание клинического случая использования налмефена в лечении сочетанной алкогольной и полинаркотической зависимости.

Материалом для данного метода послужило клиническое наблюдение за больной с сочетанной алкогольной и полинаркотической зависимостью, лечившейся в Центре медико-социальной реабилитации «Эра» г. Казани.

Больная Ф. М.Ю., 26 лет, поступила в центр медико-социальной реабилитации с жалобами на невозможность самостоятельного длительного прекращения употребления алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) (кокаин, барбитураты, героин, амфетамин, катадолон). Проявление зависимости началось около 6 лет назад с употреблением в течение трех лет с разной продолжительностью различных наркотических веществ (гашиш, кокаин, амфетамин и др.) и алкоголя. Алкоголизация носила ежедневный характер, преимущественно пиво, до 3 л/день, отмечала утрату рвотного рефлекса, ситуативного и количественного контроля. За год до настоящей госпитализации начала приём катадолона, сочетала его с алкоголем. Лечилась по месту жительства, после снятия интоксикационных проявлений, поступила на медико-социальную реабилитацию. В психическом статусе при поступлении, и в дальнейшем, отмечались явления неустойчивости внимания, сохранность мнестических функций, а также своеобразие мышления в виде склонности к систематизации, недостаточной способности к обобщению понятий, к опоре на конкретные, атрибутивные и малозначительные признаки, проявлений конкретности и незрелости суждений, при сохранности стройности и последовательности. Был установлен диагноз: психические и поведенческие расстройства, обусловленные сочетанной алкогольной и полинаркотической зависимостью, медикаментозная ремиссия. В связи с высоким риском возобновления алкоголизации и употребления различных ПАВ, за месяц, до планируемой даты перевода пациентки со стационарного на амбулаторный режим реабилитации, был начат приём налмефена ежедневно по 18 мг/сутки. Назначение и приём налмефена, могли бы позволить пациентке чувствовать себя более защищенной, в случае развития влечения к приему алкоголя и снизить риски развития сильной и

продолжительной алкоголизации. В то же время, налмефен, в отличие от других противоалкогольных препаратов, сохраняет «ответственность» за трезвость на самом пациенте, что способствует его социализации. Начало приёма налмефена на стационарном этапе реабилитации позволило сохранить качественный медицинский контроль за возникновением возможных побочных и нежелательных реакций. Пациентка принимала налмефен в течение 3 месяцев. За время приёма побочные эффекты не отмечались. В психическом статусе пациентки наблюдалось формирование нормотимии, что подтверждалось результатами экспериментально-психологических исследований. Стабилизация фона настроения, снижение тревожности позволили повысить приверженность пациентки к терапии и сохранению трезвости, улучшить ресоциализацию и сохранить трезвость.

Описанный нами случай свидетельствует о возможности использования налмефена в лечении больных, у которых алкоголизм сочетается с приёмом психоактивных веществ, что расширяет возможности помощи пациентам с ползависимостью, помогает им контролировать злоупотребление ПАВ и способствует социализации поведения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АБСТРАКТНО-СМЫСЛОВОГО КОМПОНЕНТА МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Запороженко Д.С., Туровская Н.Г.

ФГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Волгоград

god93@mail.ru, turovskayanata@mail.ru

Как известно, проблема психотерапевтической резистентности при шизофрении является одной из наиболее актуальных задач современной клинической психологии и психиатрии. Вопрос о возможности психологического коррекционного вмешательства остается дискуссионным. В данной работе рассматривается возможность психологической коррекции расстройства абстрактно-смыслового компонента мышления больных шизофренией.

В качестве теоретической основы для исследования была взята концепция О.К. Тихомирова О.К., описывающая патологический эндогенный процесс при шизофрении с точки зрения патопсихологии, в котором нарушения мышления возникают из-за расстройств в эмоционально-волевой сфере. Нарушения абстрактно-смыслового компонента в клинике шизофрении проявляются в расстройствах селективности информации в виде уравнивания существенных и «латентных» признаков в процессе решения мыслительных задач.

Психологическая коррекционная работа проводилась на базе ГБССУ Социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов - интерната для престарелых и инвалидов. В ней участвовали 8 пациентов, больных параноидной шизофренией от 40 до 50 лет с умеренно выраженным расстройством абстрактно-смыслового компонента и не резко выраженным апато-абулическим синдромом. В процессе психокоррекционных занятий пациенты учились анализировать эмоции, чувства, поступки других людей и свои собственные, прогнозировать исход своих действий, выделять наиболее важные признаки, которыми можно руководствоваться в принятии решения. В программе использовались приемы когнитивно-поведенческой терапии. В результате проведенных занятий психологическое коррекционное воздействие благотворно повлияло на способности больных к дифференцированию и обобщению информации, прогнозированию последствий своих действий, подготовило почву для эмпатийного взаимодействия с другими людьми. Данная психокоррекционная работа может использоваться и по отношению к больным шизофренией детям для профилактики и преодоления вторичных и третичных симптомов нарушения психической деятельности, возникающих в результате вызванного болезненным фактором нарушения социальной ситуации развития ребенка. Использование психологического коррекционного вмешательства в традиционное лечение больных шизофренией может способствовать развитию эмоционально-волевой сферы больных, что в свою очередь благотворно отражается на состоянии их когнитивной сферы, содействуя элиминации нарушения абстрактно-смыслового компонента мышления.

ДИНАМИКА СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРЕ БОЛЕЕ ГОДА

Захаров Н.Б.

ГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева», г. Киров
zakharov@mail.ru

Современный биопсихосоциальный подход к лечению шизофрении с использованием критериев эффективности проводимых мероприятий включает в себя не только успешную редукцию психотической симптоматики, но и улучшение личной и социальной деятельности пациентов. Это особенно актуально для лиц с выраженной степенью нарушения социального функционирования, к которым относятся пациенты, находящиеся в стационаре длительное время.

Целью работы явилось изучение динамики социального функционирования больных шизофренией, непрерывно находящихся на лечении в психиатрическом стационаре более года.

Материалы и методы. Материалом для настоящей работы явились результаты изучения уровня социального функционирования 108 пациентов, из них 56 мужчин и 52 женщин с диагнозом «шизофрения» (F20 по МКБ-10). Данный показатель оценивался нами по шкале персонального и социального функционирования (PSP). Оценка пациентов по шкале PSP проводилась на момент включения пациента в программу лечебно-реабилитационных мероприятий и на момент ее завершения.

Результаты. Среднегрупповое значение показателя по шкале PSP на момент начала осуществления программы лечебно-реабилитационных мероприятий у группы женщин составило $24,6 \pm 6,1$ и существенно не отличалось от аналогичного значения показателя в группе мужчин ($26,9 \pm 6,9$). Программа лечебно-реабилитационных мероприятий представляла собой комплекс психосоциальных воздействий, проводимых полипрофессиональной терапевтической бригадой. Уровень показателя по шкале PSP на момент завершения лечебно-реабилитационных мероприятий был выше, как в группе женщин, так и в группе мужчин ($31,4 \pm 5,4$ и $32,5 \pm 6,1$ соответственно), со статистически достоверной разницей по сравнению с началом психосоциальной терапии ($p < 0,001$).

Таким образом, у больных шизофренией, находящихся непрерывно в стационаре более года, отмечаются низкие показатели социального функционирования, которые под воздействием психосоциальной терапии способны существенно улучшаться, что может служить одним из критериев эффективности лечебно-реабилитационной работы в психиатрии.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБВИНЯЕМЫХ В СЕКСУАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ, СОВЕРШЕННЫХ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Захарова Г.Г., Валинуров Р.Г., Ермакова Л.В., Еникеев А.Р., Салахов А.И., Афзалетдинова Д.Х.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа
az_enikeev@bk.ru

В последнее время сексуальное насилие в отношении детей приобрело особую актуальность в связи с увеличением данного вида правонарушений. Об этом свидетельствуют не только данные ювенальной юстиции, но и возросшее количество комплексных судебных сексолого-психолого-психиатрических (КССППЭ) экспертиз, проведенных в РКПБ № 1 МЗ РБ в отношении обвиняемых по ст.ст.131-135 УК РФ. Так, в 2013 г. по сексуальным правонарушениям, совершенным в отношении несовершеннолетних, была проведена 61 экспертиза, в 2014 г. – 61, за 2015 г. – 85 экспертиз.

По результатам изучения 207 КССППЭ в отношении обвиняемых в сексуальных правонарушениях установлено, что средний возраст подэкспертных составил $33,2 \pm 13,7$ лет, из них 12,5% были несовершеннолетними. Социальное положение подэкспертных было низким, больше половины (55,9%) не имели постоянного источника дохода. Работали только 33,4% подэкспертных, большинство из них были заняты низкоквалифицированным трудом. В остальных случаях обвиняемые являлись учащимися, среди которых 9% учились в старших классах школы, 1,8% - получали средне-специальное образование, 0,9% - являлись студентами ВУЗов. Никогда не состояли в браке 49,5%, были в разводе 9%, вдовцами – 0,9%. Состояли в браке около трети подэкспертных (28%), проживали в гражданском браке 12,6%. Средний возраст жертв составил $11,6 \pm 3,5$ лет. Среди жертв преобладали несовершеннолетние женского пола – 86,5%, лица мужского пола составили

12,6%, смешанный состав жертв отмечен в 0,9% случаев. В 9% случаев сексуальные действия совершались в отношении 2 и более жертв. 5,4% обвинялись в совершении нескольких эпизодов сексуальных действий, в 0,9% случаев сопровождалось убийством. Правонарушения совершались обвиняемыми преимущественно в одиночку - 89,2%, гораздо реже в группе - 10,8%. При совершении правонарушений в 52,3% случаев у обвиняемых было установлено состояние алкогольного опьянения, у 0,9% - наркотическое опьянение. Подэкспертные в большинстве случаев были знакомы с жертвами ранее, являясь их знакомыми (31,5%), соседями (30,4%), либо состояли с ними в близкородственных отношениях, когда жертвы являлись их падчерицами (12,7%), дочерьми (5,4%), племянницами (4,5%), сестрами (1,8%), пасынками (1,8%), сыновьями (0,9%). В остальных случаях потерпевшими от противоправных сексуальных действий обвиняемых были незнакомые – 10,8%. Среди всех подэкспертных, прошедших КССППЭ в 2013 г. 96,7% признаны вменяемыми, принудительное лечение было рекомендовано в 3,3% случаев. В 2014 г. вменяемыми были признаны 91,8%, в отношении 8,2% было рекомендовано применение принудительных мер медицинского характера, у 1 подэкспертного установлена педофилия (1,6%) и в случае осуждения рекомендовано амбулаторное принудительное лечение по месту пребывания. В 2015 г. также в большинстве случаев (96,5%) по результатам КССППЭ выносилось решение о вменяемости и лишь в 3,5% было рекомендовано принудительное лечение. Среди психических расстройств у невменяемых преобладала умеренная умственная отсталость (71,4%), в остальных случаях была установлена шизофрения (28,6%).

Таким образом, результаты проведенного анализа КССППЭ показали низкую распространенность психических расстройств и крайне редкую встречаемость педофилии, что может свидетельствовать о преобладании морально-нравственного и социального неблагополучия указанного контингента лиц.

МОДЕЛЬ ОДНОКАНАЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В.

ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева»

Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Tatyana.Guryanova@tatar.ru

Несмотря на то, что бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения характерна практически для всех субъектов Российской Федерации, однако, удельный вес бюджетного и страхового компонентов в структуре государственного финансирования психиатрической помощи в разных регионах существенно различаются.

В Республике Татарстан одноканальное финансирование психиатрической помощи через систему территориального ФОМС осуществляется с 2007 г. (тогда в качестве пилотного проекта). Основной целью перехода от бюджетного финансирования было повышение качества и доступности психиатрической помощи. При подготовке Программы государственных гарантий на 2008 г. Минздрав Республики осуществил перевод психиатрических учреждений на республиканский уровень финансирования с организацией одного юридического лица; провел мероприятия по сокращению излишних площадей, оптимизации штатного расписания медицинских организаций, сформировал уточненные плановые задания по видам медицинской помощи, обучил специалистов порядку работы с ТФОМС, оформлению счетов-реестров в компьютерных программах. Для психиатрических учреждений по принципу социальной значимости была предусмотрена возможность включения пациентов без обязательности предоставления информации о медицинском полисе ОМС, документах, удостоверяющих личность, то есть беспрепятственно оказывать специализированную помощь социально - дезадаптированным лицам, «неизвестным», без определенного места жительства, иностранным гражданам и т.д. В том же году был усилен контроль за выполнением планового задания, проводился анализ причин его невыполнения или перевыполнения. С 2009 г. стал возможным переход финансирования за объем и качество оказанной медицинской помощи. В настоящее время порядок оплаты психиатрической помощи, оказанной в условиях круглосуточных и дневных стационаров, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, исходя из норматива длительности госпитализации по медико-экономическому стандарту (МЭС) и тарифу койко-дня (пациенто-дня) соответствующего МЭС. В законченном случае оплачиваются все

медицинские услуги, установленные плановым заданием, в том числе РКТ и МРТ. Имеются утверждённые МЭС с нормативной длительностью – «по факту», т.е. оплата производится за фактические дни нахождения больного на койке при обязательном ежемесячном включении в счёт-реестр.

С учётом подушевого норматива финансирования формируются объёмы амбулаторной психиатрической помощи. Оплата осуществляется по посещениям, обращениям (законченному случаю) после оформления талона амбулаторного пациента и счёта-реестра. С 2015 г. муниципальные психиатрические кабинеты финансируются также одноканально через ТФОМС. Ежегодно наряду с тарифным соглашением, утверждается план-график медико-экономической экспертизы ТФОМС с возможностью наложения финансовых санкций.

Основной принцип нового финансирования – деньги следуют за пациентом. Оплата осуществляется за объём оказанных услуг, но не более утверждённого планового задания. Имеется возможность получения полной оплаты случая госпитализации при выполнении 80% длительности МЭС. Результат – получение точной персонифицированной статистики, а также учета финансирования в разрезе конкретных групп болезней и отдельных диагнозов.

ФАКТОРЫ ПРЕМОРБИДНОГО РИСКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Зиновьев С.В., Тявокина Е.Ю., Ножка М.Н., Костенецкая В.А.

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург

sergezinoviev@yandex.ru

Психически больные с сопутствующей аддиктивной патологией составляют значительную часть наблюдаемого психиатрами контингента. Их отличают трудности следования врачебным назначениям, выраженная десоциализация, склонность к противоправным и суицидным действиям, частая заболеваемость сопутствующей соматоневрологической патологией. Определение факторов риска возникновения аддикции среди них может улучшить как клинический, так и социальный прогноз этих пациентов.

Суммарно было обследовано более 4 тысяч человек, из них: сплошным (клинико-эпидемиологическим) методом 3600 диспансерных психически больных, ретроспективным (клинико-психопатологическим) – 1205 пациентов. При этом удельный вес сопутствующей аддиктивной патологии среди психически больных составил в среднем 11,5% от их общего количества. Чаще всего это наблюдалось при расстройствах личности – 17%, органических психических расстройствах – 14,3%, умственной отсталости – 11,1%. То есть систематическое употребление психоактивных веществ чаще имело место при непсихотических расстройствах с отсутствием глубокого психического дефекта.

При статистической обработке, помимо мужского пола, наиболее значимыми факторами риска возникновения химической аддикции были: нарушения поведения в пубертате ($B = 2,5$), перенесенные черепно-мозговые травмы ($B = 1,67$), работа со снижением квалификации ($B = 1,5$), возбудимый тип преморбидной личности и перенесенные в преморбиде тяжелые инфекции (в обоих случаях $B = 1,33$).

В большинстве изученных случаев психических расстройств, доминировали алкогольные проблемы или полисубстантное употребление психотропных препаратов с немедицинской целью. Систематическое употребление веществ из группы наркотиков по преимуществу наблюдалось у психопатов (23,6% случаев).

Обычно злоупотребление психоактивными веществами начиналась в молодом (до 20 лет) возрасте под влиянием сверстников. Для каждой из нозологических форм был типичен свой аддиктивный паттерн (ритм и форма употребления вещества, мотивировка достижения опьянения, его клиническая картина, клиника и тяжесть абстиненции) изучение которого необходимо для совершенствования диагностики сопутствующей аддиктивной патологии у психически больных на ранних стадиях.

Верификация маркеров преморбидного риска позволяет проводить с их носителями более раннюю и активную превентивную работу и показывает важнейшие пункты ее приложения (мониторинг групп риска, медицинские комиссии и диспансеризации, освидетельствование и лечение совершивших правонарушения, звено экстренной соматической помощи).

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПАЦИЕНТА*

Зинчук М.С., Галкина И.В., Герсамя А.Г., Ажигитов Р.Г.

ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» ДЗ г. Москвы

mzinchuk@mail.ru

Было обследовано методом сплошной выборки 2880 женщин и 2392 мужчин, поступивших в кризисные отделения клиники. Средний возраст проходивших лечение женщин составил $46,25 \pm 13,72$, мужчин – $45,25 \pm 11,09$ лет. Диагноз, кодировался в соответствии с МКБ – 10 и относился к одной из следующих рубрик: F06.3-F06.7, F07, F3, F4, F5, F6. Из всех обследованных нами больных 280 женщин и 52 мужчины отвечали критериям «суицидального» пациента, то есть либо поступили в клинику после суицидальной попытки, либо имели активные суицидальные мысли и планы.

Как для мужчин, так и для женщин вне зависимости от суицидальности наиболее частыми ведущим синдромом были тревожный и депрессивный. Хотя и не было выявлено достоверного преобладания расстройств личности кластера А в какой-либо из групп, отдельные диагностические критерии этих расстройств, а также пограничного личностного расстройства, значительно чаще встречались у суицидальных пациентов. В группе несуйцидальных пациентов вне зависимости от пола чаще выявлялись отдельные критерии, свойственные гистрионному расстройству личности. Как среди мужчин, так и среди женщин преобладали лица не работавшие на момент госпитализации. Большинство обследованных пациенток находились в длительно существующей психотравмирующей ситуации, при этом среди суицидальных больных значительно чаще встречались те кто, несмотря на очевидность психотравмы, не связывал с нею своё текущее состояние. Для пациентов-мужчин как с суицидальными тенденциями, так и без было более типичным нахождение в острой стрессовой ситуации. Характер психотравмирующей ситуации отчётливо различался у мужчин и женщин. Так, у последних значительно чаще в качестве психотравмы выступали проблемы в семье или ситуация развода, в то время как у мужчин на первый план выходили такие проблемы, как нарушения профессиональной адаптации. При этом различий между группами в зависимости от суицидальности установлено не было.

Среди пациенток без суицидальности преобладали лица, имевшие опыт «личных отношений» и совместного проживания с партнёром, в то время как среди суицидальных пациенток чаще встречались, те, кто никогда не имел опыта долгосрочных отношений. Доля вдовствующих пациентов была больше в подгруппе мужчин с суицидальными тенденциями по сравнению с остальными пациентами.

Таким образом, проведённая обработка методом описательной статистики позволила выявить гендерные особенности суицидальных пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами, которые в дальнейшем будут способствовать уточнению предикторов суицидального поведения данного контингента больных и разработке эффективных диагностических и реабилитационных программ.

** Исследование выполнено при поддержке гранта РФНФ № 14-06-00866.*

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ – ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Золотова А.Н., Ермаков С.Е.

ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» Минздрава Краснодарского края,
Новороссийский филиал, г. Новороссийск

cehhin@mail.ru

Проблема суицидального поведения является одной из значимых в обществе. Она выходит за рамки психиатрии, в связи с чем, целесообразно взаимодействие между всеми службами, сталкивающимися в своей работе с лицами с суицидальным поведением. Необходимо создание единой системы взаимодействия для выработки общего понимания проблемы и подхода к решению. Для реализации поставленных задач были составлены и внедрены планы межведомственного взаимодействия служб системы профилактики в 2015 г. в муниципальном образовании г. Новороссийск. Планы взаимодействия были согласованы между службами здравоохранения, образования, Министерством Внутренних Дел, средствами массовой информации, Новороссийской епархией. Ответственной службой за реализацию межведомственного взаимодействия явился ГБУЗ

«Геленджикский психоневрологический диспансер» МЗ КК, Новороссийский филиал. В рамках внедрения плана проводились мероприятия, направленные на повышение уровня осведомленности в отношении проблемы суицидального поведения, понятия принципов профилактики, обозначения роли и задач каждой из структур, способов выявления групп риска и правилах представления общественности информации в случае совершения суицидальных действий, тактики поведения при высказываниях суицидальных намерений несовершеннолетними.

При реализации данной программы, было проведено обучение педагогов всех учебных заведений г. Новороссийска по выявлению групп риска, принципам профилактики и стратегиям работы при выявлении суицидального поведения, возможностях укрепления антисуицидальных факторов в условиях учебного заведения. Проведены круглые столы для средств массовой информации по правилам публикации материалов, касающихся суицидального поведения с целью предотвращения подражательных суицидов. Совместно с Новороссийской епархией регулярно проводятся лекции, круглые столы, для широкого круга слушателей по психообразованию, тренинги по укреплению ресурсов для преодоления сложных жизненных ситуаций. Налажено взаимодействие со структурами МВД и выработан алгоритм выявления суицидальных попыток в системе здравоохранения. Лечебно-профилактические учреждения информируют психиатрическую службу о случаях суицидальных действий (фатальных и незавершенных), подозрения на суицидальные намерения у пациентов, что дает возможность оказывать необходимую помощь выявленному контингенту (в соответствии с законодательством). Постоянно проводится санитарно - просветительская работа для молодежи в рамках «урока правовых знаний», где наряду с информацией, представленной службами профилактики, сотрудники психиатрической службы представляют данные о доступности психиатрической помощи, о ситуациях, при которых необходимо за ней обращаться, раскрывается суть работы телефона доверия. Проводятся школы, круглые столы, тренинги для несовершеннолетних и их родителей по укреплению антисоциальных факторов, описанию предвестников и предупреждающих факторов самоубийства.

Результаты проведенной работы показали возможность вовлечения в систему профилактики суицидов различных специалистов. Такой механизм способствует повышению психиатрической грамотности населения, позволяет взаимодействовать специалистам различных служб, что дает возможность выявлять группы риска и проводить с ними своевременно соответствующую работу.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БРУТАЛЬНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Зубарева О. В., Дикая Т. И., Краля А. А.

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского», г. Москва
olgazubareva@yandex.ru

Среди существующих форм суицидального поведения brutальные суицидальные действия (насильственные, «кровавые» самоповреждения) тяжелым бременем ложатся на систему здравоохранения, особенно на стационары скорой помощи, приводят к длительной потере трудоспособности, инвалидизации и социальной дезадаптации суицидентов. Ежегодно в соматопсихиатрическое отделение для хирургических больных НИИ СП им. Н. В. Склифосовского (СПОХБ) госпитализируется более 600 пациентов, совершивших суицидальную попытку или преднамеренное самоповреждение острым или тупым предметом, путём выстрела из огнестрельного или другого оружия, путём прыжка с высоты или под движущийся объект. Наличие широкого спектра психопатологии и тяжелых телесных повреждений у этих пациентов требует дифференцированного подхода к диагностике и лечению данной категории пострадавших. Выборочно проанализированы 500 наблюдений пациентов с сочетанной и множественной травмой, находившихся на лечении в СПОХБ в 2013-2015 гг. Установлено, что у 58% пациентов были диагностированы острые психотические расстройства различного генеза (эндогенные, интоксикационные, психозы на фоне органического поражения ЦНС), у 21% - тяжелые депрессии (F 32.3, F 33.3), в 9% случаев - специфические расстройства личности в стадии декомпенсации на фоне злоупотребления психоактивными веществами. Отдельную группу (14%) составили пациенты с коморбидными расстройствами (F 20 + F 32 + F 10). В большинстве случаев (67,2% пациентов с brutальными самоповреждениями) были анамнестические указания на наличие психических расстройств, требующих лечения в специализированном стационаре, из них 3% совершили суицидальные попытки, находясь в

«лечебном отпуске». На фоне тяжелой сочетанной травмы интенсивность психотических расстройств снижалась по сравнению с догоспитальным этапом, в то время как симптомы аффективных расстройств имели тенденцию к усилению. Кроме того, тяжелое соматическое состояние вносило ограничения для психофармакотерапии. Лечение психических расстройств (выбор лекарственного средства и путь введения) проводили с учетом характера и локализации повреждения, риска развития гипостатических осложнений, наличия метаболических расстройств и сопутствующей патологии. Так, при травме, сопровождающейся повреждением органов брюшной полости, применяли препараты исключительно в парентеральных формах. При повреждениях опорно-двигательного аппарата (переломы костей таза, конечностей, ребер, позвоночника), ввиду высокого риска развития гипостатических осложнений, препаратами выбора являлись атипичные нейролептики, обладающие минимальным количеством побочных явлений в виде седации, дискинезии, снижения артериального давления. В связи с тем, что наряду с яркими психопатологическими симптомами той или иной принадлежности пациенты переживали чувство обескураженности, провала, беспомощности, им проводили психотерапию, целью которой являлось сохранение и развитие чувства собственного достоинства, значимости, ценности, необходимости родным, друзьям и обществу, укреплению и активации собственных ресурсов. Таким образом, при диагностике психических расстройств, приведших к brutальным суицидальным действиям, необходимо учитывать взаимосвязь соматического состояния и интенсивность проявления психопатологических симптомов. Существенное значение имеет раннее присоединение психотерапевтических методов лечения.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Зулкарнеева З.Р., Гафарова Р.Р.

ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева»
Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

dpo2rkpb@yandex.ru

Целью исследования явилось изучение и описание структурно-динамических особенностей суицидального поведения больных с органическим расстройством личности различной этиологии.

Методы исследования: психопатологический, катамнестический, психологический.

Результаты: различный мотивационный характер суицида позволил выделить три клинических варианта суицидального поведения у изученной группы больных: 1) инфантильно-примитивный; 2) аффективный; 3) психопатологический.

К инфантильно-примитивному варианту были отнесены суициденты, у которых в ответ на длительную, неразрешимую и ставшую привычной стрессогенную ситуацию, развивается суицидальное поведение. Мотивы самоубийств формируются в условиях снижения толерантности к фрустрациям, что порождает непереносимость конфликтных ситуаций. Основными мотивами являются «несправедливое отношение», «несостоятельность». Суицидальное поведение развивается на фоне отчетливой декомпенсации (при воздействии иных соматогенных факторов) церебральных расстройств.

Аффективный тип суицидального поведения возникал как ответ личности на тяжелую жизненную драму. Мотивы самоубийств связаны с острыми психогенными воздействиями, включая внезапную смерть близкого человека, супружескую измену и наступающее одиночество – «утрата значимого другого». Аффективный тип суицидального поведения клинически представлен картиной «острой реакции на стресс».

В психопатологический вариант вошла группа больных, у которых в формировании суицидального поведения значительное место занимает психопатологическая симптоматика (галлюцинаторная, бредовая, галлюцинаторно-бредовая), возникшая в связи с реально существующим длительным семейным неблагополучием, стесненными материально-бытовыми условиями, непониманием родственниками болезни пациентов. Мотивами самоубийств являлись галлюцинаторно- или бредово-обусловленная «угроза жизни», «преследования».

Анализ проведенных исследований показал, что нарушения в различных областях психической сферы, накладывающиеся на деструктивные социальные установки больных, определяют суицидальные действия, выражающие желание больного «вырваться из замкнутого круга проблем» - уйти из жизни. Для многокомпонентной и полноценной терапии суицидального поведения

важно включение в комплекс лечебных мер, сочетание психофармакотерапии и психокоррекционных мероприятий. Основным и наиболее адекватным методом групповой психотерапевтической коррекции явилось, впервые примененное нами, сочетание психодраматических импровизационных элементов со свободной вербальной дискуссией, направленной на устранение дезадаптивных форм поведения и заменой их на адаптивные.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ РЕШЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ

Иванец Н.Н., Борисова Е.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва

nivanets@mail.ru

На сегодняшний день общепризнано, что болезни зависимости это социальные болезни не только по результатам, но и по их причинам. Решение медицинских и социальных проблем, возникающих в результате приобщения различных категорий населения к психоактивным веществам, а также последствия злоупотребления ими, является крайне актуальными вопросами наркологии. Медико-социальная реабилитация наркологических больных – это одно из приоритетных направлений наркологии. Используемые в её системе методические подходы и технологии, обеспечивают повышение эффективности лечебно-реабилитационного процесса – продолжительность терапевтических ремиссий, улучшение качества жизни больных. Как любая практическая дисциплина «наркология» не может существовать без теоретической базы – научных исследований, внедрения их в практику здравоохранения.

За последние 30 лет в этом направлении сделано очень много. С самых первых лет существования НИИ наркологии (теперь филиала ФМИЦПН им. В.П. Сербского) его сотрудники разрабатывали основные теоретические положения научного направления – медико-социальной реабилитации, включая определение понятия «реабилитация наркологических больных», цели, задачи, принципы и условия лечебно-реабилитационной помощи. Создавались концептуальные основы психотерапевтической, психологической, соматоневрологической и иммунной реабилитации наркологических больных. В 2000 г. была разработана концепция реабилитации наркологических больных в учреждениях системы здравоохранения. В Отделе реабилитации института под руководством д.м.н. Т.Н.Дудко впервые были сформулированы и внедрены в практику такие понятия как «лечебно-реабилитационный процесс», «реабилитационная среда» «реабилитационный потенциал», «уровни реабилитационного потенциала» являющиеся основой системного подхода к построению лечебно-реабилитационного процесса. Создана и внедрена в практику дифференцированная система реабилитации больных наркоманией, основанная на разделении больных по уровням реабилитационного потенциала, предложена методология принципов и технологий реабилитации, выделены этапы реабилитационного процесса, определены показания и тактики практического применения лечебно-восстановительных методик. В 2003 г. в целях развития системы стандартизации в здравоохранении и управления качеством медицинской помощи был утвержден «Протокол ведения больных. Реабилитация больных наркоманией» (Приказ Минздрава России №500 от 22.10.2003), предназначенный для применения в системе здравоохранения для решения задач реабилитации больных наркоманией в амбулаторных условиях и в стационаре. За истекший период существования института подготовлены и утверждены более 80 методических рекомендаций и пособий для врачей, среди которых 10 методических рекомендаций посвящены именно реабилитации наркологических больных в различных условиях (амбулатории, стационары и т.д). В них рассмотрены вопросы психотерапевтической помощи, медико-социальной помощи, описаны обязанности социального работника и специалиста по социальной работе, основные технологии лечебно-реабилитационной помощи, оценка эффективности реабилитации больных наркоманией, соматоневрологическая реабилитация, формирование мотивации на реабилитацию и осуществление социальной реабилитации. Необходимым инструментом для реализации подготовленных наработок являются также Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению наркологических заболеваний, разработанные в последние годы в институте. Результаты, представленные в перечисленных документах в большинстве своем внедрены в деятельность наркологических стационаров, диспансеров, амбулаторий, кабинетов.

Одним из важнейших вопросов, касающихся внедрения результатов научных исследований в практику и являющихся показателем успешности проводимых реабилитационных мероприятий является разработка критериев оценки эффективности лечения больных и как следствие эффективности реабилитационного процесса. До сих пор главным критерием в этом вопросе является ремиссия, ее стойкость и продолжительность, именно по ней оценивается качество оказываемой медицинской помощи. Конечно, медицинский критерий должен присутствовать обязательно, но, по-видимому, давно настало время на первое место поставить социальный критерий. В связи с этим, особое внимание в настоящее время уделяется социальной стороне реабилитации. Следствием этого являются подготовленные методические рекомендации по организации занятости и трудовой терапии, как одной из важнейших социальных технологий комплексной реабилитации наркологических больных и процесса ресоциализации в будущем.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СТИГМАТИЗАЦИИ

Иванова Г. А., Исаева Е. Р., Иванова О.Н.

ГБУЗ «Введенская городская клиническая больница», г. Санкт-Петербург;
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России
drgai@mail.ru

Взаимопроникновение психиатрии и терапии в настоящее время достигло высокого уровня. Согласно эпидемиологическим исследованиям, частота сопутствующих психических непсихотических нарушений у пациентов поликлиник и соматических стационаров составляет от 18% до 67%. Ухудшение в течение соматического заболевания у этих пациентов в значительном числе случаев обусловлено появлением или обострением невротической патологии. Лечение таких пациентов в поликлиниках и соматических стационарах затруднено, а в учреждения психиатрического профиля они не обращаются по причине страха стигматизации.

Показаниями для госпитализации в психосоматическое отделение (ПСО) Введенской городской клинической больницы г. Санкт-Петербурга является наличие сочетанной кардиологической и непсихотической психической патологии. Наряду с оказанием лечебной помощи, целью организации ПСО в соматическом стационаре явилось предупреждение стигматизации пациентов. Особенности организации лечебного процесса в ПСО являются бригадный метод ведения пациента; формирование особой психотерапевтической среды, окружающей больного. Каждого пациента курируют кардиолог и психотерапевт. Привлекаются консультанты профильной кафедры и/или клинический психолог.

Цель исследования: оценить эффективность лечения больных сочетанной кардиологической и пограничной психической патологией в условиях ПСО.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 873 пациентов направленных в ПСО в 2015 г. в связи с наличием психических расстройств непсихотического уровня. Преобладали органические (тревожные, депрессивные, эмоционально-лабильные) психические расстройства (69%). Невротические и соматоформные расстройства (паническое, адаптационное, смешанное тревожно-депрессивное, соматоформная вегетативная дисфункция) были диагностированы у 25% пациентов, другие расстройства – у 6%. Наряду с лечением кардиальной патологии в соответствии с современными стандартами, больным назначалась групповая (арттерапия, гипно-суггестивная терапия, техники релаксации) и индивидуальная психотерапия; психофармакотерапия (транквилизаторы, малые нейролептики, антидепрессанты). Проводилась психообразовательная программа. Цель программы - коррекция представлений о внутренней картине болезни, преодоление алекситимии, устранение стигматизации пациента. Эффективность лечения оценивалась по клиническим показателям, результатам инструментального и экспериментально-психологического обследования (методики CGI-I; CGI-S; PGI), самоотчетам пациентов.

Результаты. Значительное улучшение при выписке констатировано у 61% пациентов, улучшение – у 36%, незначительное улучшение – у 3%. Средний койко-день составил 21,3. Основная часть работающих пациентов выписана к труду. Рекомендовано наблюдение участкового врача и психотерапевта в поликлинике по месту жительства.

Лечение пациентов, страдающих сочетанной кардиологической и непсихотической психической патологией целесообразно начинать в психосоматическом отделении многопрофильного соматического стационара. Пребывание пациента в условиях стационара соматической больницы способствует быстрому достижению лечебного эффекта; повышению приверженности к лечению; препятствует стигматизации больного с верифицированным психическим диагнозом.

АГРЕССИВНОСТЬ И АДАПТАВНОСТЬ В ЮНОШЕСКОЙ СРЕДЕ

Ивашиненко Д.М.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г. Тула

divashinenko@mail.ru

Юноши и девушки испытывают сильное психоэмоциональное напряжение в связи с поступлением в высшее учебное заведение. В связи с этим у них может сформироваться психосоциальная дезадаптация, проявлением которой может быть повышение агрессивности.

Целью исследования является выявление взаимосвязи уровня агрессивности и выраженности психосоциальной дезадаптации.

Материалы и методы: методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, методика диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка, опросник «ауто- и гетероагрессия» (Е. П. Ильин). Респондентами являлись студенты 1 курса ТулГУ (в 1 семестре) – 70 человек (35,7% - юноши, 64,3% - девушки; возраст: 16 – 17 лет – 71,4%; 18 – 19 лет – 29,6%). Полученные данные были обработаны с помощью компьютерной программы Statgraphics 17.0. Для оценки взаимосвязи между показателями использовался коэффициент корреляции Тау-в Кендалла.

Результаты. Выявлено, что уровень фрустрации имеет прямую слабую корреляционную связь с принятием других ($r=0,205$, $p>0,05$), эмоциональным дискомфортом ($r=0,205$, $p>0,05$), внешним контролем ($r=0,253$, $p>0,01$) и прямую связь средней силы с тревожностью ($r=0,394$, $p>0,01$). Уровень аутоагрессии имеет прямую слабую корреляционную связь с уровнем тревожности ($r=0,202$, $p>0,05$), ригидностью ($r=0,236$, $p>0,05$), доминированием ($r=0,199$, $p>0,05$); прямую сильную корреляционную связь с уровнем гетероагрессии ($r=0,705$, $p>0,01$). Уровень гетероагрессии имеет прямую слабую корреляционную связь с уровнем тревожности ($r=0,256$, $p>0,01$), доминированием ($r=0,233$, $p>0,05$); обратную слабую корреляционную связь – с уровнем дезадаптации ($r=0,-183$, $p>0,05$). Адаптивность имеет обратную слабую корреляционную связь с ригидностью ($r=-0,225$, $p>0,05$), доминированием ($r=-0,174$, $p>0,05$); прямую слабую корреляционную связь – с принятием себя ($r=0,294$, $p>0,01$), принятием других ($r=0,276$, $p>0,01$); прямую связь средней силы – с эмоциональным комфортом ($r=0,328$, $p>0,01$), внутренним контролем ($r=0,320$, $p>0,01$). Достоверных гендерных различий в проявлениях дезадаптации и агрессивности выявлено не было.

Данные, полученные в исследовании, свидетельствуют о том, что программы профилактики агрессивного поведения в молодежной среде должны быть нацелены на снижение тревожности, устранение ригидности, формирование партнёрских отношений, повышение адаптивности.

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Игумнов С.А.¹, Козырева А.В.¹, Жердева М.А.¹, Лапанов П.С.²

¹ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва;

²УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь;

sigumnov67@gmail.com

Проведено исследование клинических и социально-психологических особенностей подростков, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением психоактивных веществ (ПАВ), в частности – синтетических каннабиноидов (СК). Выборку составили 100 подростков обоего пола, в возрасте от 16 до 18 лет. Критерием формирования групп выступило наличие/отсутствие аддиктивного поведения. Представители основной группы (50 чел., из них 29 юношей и 21 девушка) систематически употребляли СК. Контрольную группу составили подростки (50

чел, 26 юношей и 24 девушки), характеризующиеся нормативным поведением, не имеющие аддикций и девиантного поведения.

На первом этапе исследования была проведена клинико-психологическая диагностика склонности подростков к аддиктивному поведению в форме злоупотребления СК, а также исследование социально-психологических особенностей зависимых подростков. По результатам корреляционного анализа аддиктивной идентичности и психологических особенностей подростков была выявлена обратная корреляционная взаимосвязь между уровнем аддиктивной идентичности и уровнем общительности ($r_s = -0,278$; $p \leq 0,05$), социального присутствия ($r_s = -0,367$; $p \leq 0,01$), самопринятия ($r_s = -0,292$; $p \leq 0,05$), ответственности ($r_s = -0,391$; $p \leq 0,01$), социализации ($r_s = -0,414$; $p \leq 0,01$), самоконтроля ($r_s = -0,354$; $p \leq 0,05$), интеллектуальной эффективности ($r_s = -0,292$; $p \leq 0,05$). Чем более высока склонность к аддиктивному поведению у подростков, тем в большей степени они избегают межличностных контактов и чувствуют себя изолированно. Высокий уровень аддиктивной идентичности способствует развитию чувства ненадежности, эмоциональной конфликтности и склонности к дистрессу.

В настоящее время в процессе изучения находится взаимосвязь склонности к аддиктивному поведению в форме систематического чрезмерного употребления ПАВ и алекситимией (свойством личности, связанным с трудностями в вербализации эмоций, бедностью воображения, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям). В ракурсе увеличения отрицательного влияния массовой культуры и доминирования воздействия виртуальной реальности и информационных технологий на поведение человека становятся необходимыми и востребованными исследования механизмов формирования алекситимии в ее связи с различными формами аддикций.

ДИНАМИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Идрисов К.А.

ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет», Медицинский институт, г. Грозный

yuri.idrisov@yandex.ru

Обследована выборка из 1000 человек, проживающих в четырех районах Чеченской республики, где проходили военные действия и контрольная группы из 200 человек в районе Чеченской республики, где не было военных действий. Обе выборки обследовались четыре раза в 2002 г., 2004 г., 2006 г. и 2008 г.

На первом этапе обследования (2002 г.), в период высокой частоты стрессовых событий, состояние 31,2% обследованных в основной выборке соответствовало клиническим критериям посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), в то время как на территории, где не было военных действий, частота ПТСР составила 3,9%. На последующих этапах, характеризующихся низким уровнем угроз для жизни, частота новых случаев ПТСР составила 1,1-1,5%, что соответствовало показателям контрольной группы (1,2%). Частота ПТСР напрямую зависела от количества и качества стрессовых событий, пережитых обследуемыми. У переживших одно психотравмирующее событие ПТСР развились в 34,4% случаев, у переживших два события – в 50,3% случаев, у переживших три и более события – в 78% случаев.

Актуальность симптомов ПТСР претерпевала определенную динамику на различных этапах обследования. Через 24 месяца после формирования ПТСР в 52% случаев симптомы ПТСР продолжали оставаться актуальными, а через 48 месяцев они были актуальны у 47% обследуемых.

Данные настоящего исследования показывают, что в случае отсутствия своевременной психолого-психиатрической и социальной помощи спонтанное выздоровление наступает только в половине случаев ПТСР, в остальных случаях ПТСР принимает флюктуирующий характер, часто маскируясь коморбидными расстройствами.

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ АГРЕССИВНОСТИ РИСУНОЧНЫМИ МЕТОДАМИ

Идрисов Х.К., Идрисов К.А.

ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет», Медицинский институт, г. Грозный

kyuri.idrisov@yandex.ru

Актуальность исследуемой проблемы продиктована необходимостью раннего выявления детской агрессивности. Агрессивное поведение значительно затрудняет адаптацию ребенка к учебному процессу и формированию позитивных межличностных отношений со сверстниками и педагогами.

Материал и методы. Обследованы дети, обучающиеся в 1-4 классах городской и сельской школ. При помощи специальной методики «Рисунок несуществующего животного» (РНЖ) было обследовано 100 детей в возрасте от 6 до 10 лет, из которых мальчиков 45, девочек 55.

Результаты исследования. Контуры нарисованных детьми фигур анализировались по наличию или отсутствию выступов в виде шипов, игл, панцирей, прорисовке или затемнению линии контура, наличию острых углов. Степень агрессивности выражена количеством, расположением и характером острых углов в рисунке, независимо от их связи с той или иной деталью. Особенно весомы в этом отношении прямые символы агрессии - когти, клювы, зубы. Большое значение имеет направленность этих острых фигур. Верхний контур - против вышестоящих, против лиц реально имеющих возможность наложить запрет, ограничение, осуществить принуждение, т.е. старших по возрасту, родителей, учителей. Нижний контур - защита против насмешек, посягательств на авторитет, боязнь осуждения, т.е. против нижестоящих, младших, подчиненных, Боковые контуры - недифференцированная опасливость, готовность к самозащите любого порядка и в разных ситуациях.

Анализ представленных детьми рисунков выявил наличие агрессивности у 52% обследованных. По степени выраженности было выявлено три уровня агрессивности: 1) слабая (23%) - наличие малого количества острых углов, отсутствие прямых символов агрессии (зубы, когти, клювы); 2) средняя (21%) - наличие среднего или большого количества острых углов, но без наличия прямых символов агрессии; 3) выраженная (8%) - наличие большого количества острых углов, прямых символов агрессии, общий угрожающий вид рисунка.

Если слабая и средняя агрессивность проявлялась, в основном, вербальным способом, то при выраженной агрессивности имела место и физическая агрессия.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Ильчишина К.И., Посвянская А.Д.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии

им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

umorandum@gmail.com

Согласно современным представлениям, суицидальное поведение является сложным медико-социальным феноменом, возникновение которого обусловлено широким кругом факторов – клинических, личностно-психологических, биологических, социальных, этнокультуральных, и др. По данным ВОЗ, среди психических расстройств ведущее место в генезе суицидального поведения занимают депрессии. Вместе с тем, клинический опыт показывает, что в ряде случаев даже тяжелые депрессивные расстройства не приводят к развитию суицидального поведения.

Целью исследования стало изучение клинико-социальных характеристик больных с депрессивными расстройствами с наличием и без наличия суицидального поведения.

Материалы и методы. Объект исследования - диспансерный контингент больных с депрессивными расстройствами, находившихся на лечении в дневном стационаре Московского городского психиатрического диспансера № 23. В исследовании использовали клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический и статистический методы.

Результаты. Обследованы пациенты в возрасте от 19 до 59 лет, среди которых преобладали лица женского пола – 78,6%. Все пациенты были разделены на две группы: 1. Депрессии без проявлений суицидального поведения. 2. Депрессии с различными проявлениями суицидального поведения. Ведущее место в клинической структуре депрессивных расстройств занимали

рекуррентное депрессивное расстройство (51% всех случаев) и депрессивные эпизоды разной степени тяжести (43%). Половина пациентов получали лечебно-консультативное лечение (51%) и лишь менее одной трети (29%) находились под диспансерным психиатрическим наблюдением. Изучение особенностей развития и воспитания больных в детском возрасте показало, что в условиях неполной, в том числе, антисоциальной семьи, росли 44,4% пациентов с суицидальным поведением и 35,3% - без него. Оценка социального статуса больных позволила установить, что около одной трети из них (29%) на момент обследования нигде не работали. Самая высокая доля безработных пациентов трудоспособного возраста была в группе больных с депрессией и суицидальным поведением – 66,7%. В группе с депрессией без проявлений суицидального поведения не работали 35,3%. Исследование семейного статуса показало, что больше половины пациентов (61,3%) на момент обследования были одиночками, в том числе, холостыми (незамужними), овдовевшими и разведенными. Сопоставление полученных данных в изучаемых группах не выявило достоверных различий. Учитывая зрелый возраст обследуемых, данное соотношение отражает семейное неблагополучие, как в группе с суицидальным поведением, так и в группе без его проявлений. Еще одним различием стал фактор избегания межличностных контактов. Таковых было 44,4% в группе с суицидальным поведением и 29,4% - в группе без проявлений суицидального поведения.

Выводы. Исследование позволило установить некоторые клиничко-социальные характеристики больных с депрессивными расстройствами с наличием и без наличия суицидального поведения. Знание этих особенностей может способствовать повышению эффективности профилактики суицидов у больных с депрессивными расстройствами.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБВИНЯЕМЫХ СО СВЕРХЦЕННЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Илюшина Е.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

e_ilyushina@mail.ru

Цель исследования: разработка подхода к судебно-психиатрической оценке (СПО) подэкспертных со сверхценными состояниями (СЦС).

Материалы и методы. Обследовано 26 подэкспертных со СЦС, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ФМИЦПН им. В.П. Сербского. Использовались клиничко-психопатологический и статистический методы.

Результаты. При решении проблемы СПО СЦС важнейшей является связь медицинского и юридического критериев с раскрытием сопровождающих эти состояния регуляторных нарушений, лежащих в основе механизмов их синдромагенеза. Кататимный механизм синдромаобразования СЦС способствует изменению иерархического строения мотивационно-потребностной сферы, затрагивая особенности функционирования смыслового уровня саморегуляции, что проявляется в доминировании в деятельности соответствующих мотивов. Также может наблюдаться дисфункция таких звеньев операционально-технического уровня, как целеполагание, моделирование значимых условий, составление определенной программы действий, оценка их результатов и коррекция. Различная степень выраженности регуляторных нарушений определяется нозологической неспецифичностью и клинической неоднородностью СЦС, связанной с особенностями организации психопатологической структуры (преобладанием идеаторного, эмоционального либо поведенческого компонента), аспектами генеза (влияние психогенного либо конституционального факторов), а также с вариативностью динамических характеристик (реакции или патохарактерологического развития).

Результатом исследования стал разработанный многоэтапный алгоритм СПО подэкспертных со СЦС. На первом этапе определяется уровень расстройства: установление психотического уровня в рамках патохарактерологического развития свидетельствует о глубокой степени личностной декомпенсации, сопровождающейся грубым нарушением всех уровней саморегуляции, что ведет к экскульпации больного. В ином случае осуществляется второй этап, заключающийся в анализе выраженности психопатологических нарушений, обусловленных морбидной принадлежностью феномена. Наличие дефекта экзогенно-органической либо эндогенной природы предопределяет невменяемость больных. Третий этап состоит в определении связи СЦС с деликтом, при отсутствии которой вероятно решение о вменяемости подэкспертного. При наличии непосредственной зависимости общественно-опасных действий от СЦС возможны два варианта экспертных решений

(невменяемость и ограниченная вменяемость), зависящих от степени аффектогенных нарушений регуляторных процессов, которые определяются и присутствием самого сверхценного переживания, и патогенным влиянием психотравмирующей ситуации, и психопатологической почвы, а также наличием либо отсутствием признаков личностной декомпенсации (пограничного уровня).

Таким образом, СЦС сопровождаются различной степенью выраженности регуляторных нарушений, что обуславливает возможность принятия любых из существующих экспертных решений. Судебно-психиатрическая оценка этих психопатологических симптомокомплексов требует поэтапного подхода с обязательным учетом влияния на процессы саморегуляции в момент правонарушения совокупности таких факторов, как их клинико-динамические характеристики, морбидная принадлежность и особенности криминальной ситуации.

ПРОБЛЕМЫ СТИГМАТИЗАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПЕРВЫХ ЭТАПАХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

Ипатова К.А.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург
ipatova_k@mail.ru

Интеграция ВИЧ-инфицированных наркозависимых, находящихся в ремиссии в нормальную жизнь по-прежнему сталкивается с рядом объективных и субъективных трудностей. Возможное снижение или утрата социальной идентичности ВИЧ-инфицированного человека объясняется происходящей в ряде случаев стигматизацией, дискриминацией, что ведет к обесцениванию личности, ущемлению ее прав, снижению социального статуса, «приклеиванию ярлыка».

Проблема стигматизации ВИЧ-инфицированных и больных наркоманией обусловлена эволюционно сложившимся отрицательным отношением общества к опасным и хроническим болезням, а также негативным отношением к людям с отклоняющимся от общепринятой нормы поведением или отличающимися социально-психологическими характеристиками. Стигматизация и маргинальное положение больных с ВИЧ-инфекцией и наркозависимостью могут приводить к замкнутости, проблемам социальной адаптации, форсировать реализацию депрессивных и других психопатологических состояний, способствовать использованию неадекватных методов терапии, нарушению лечебного режима или инициировать отказ от лечения. Неприятие и отчуждение стигматизированных людей влияет на раннее выявление, диагностику и эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

Этап стабилизации терапевтической ремиссии – это период, длящийся около года после начала формирования ремиссии, – характеризуется необходимостью дальнейшего приспособления к трезвому образу жизни, перестройки нарушенных семейных взаимоотношений и отношений с окружающими.

Следует обратить внимание на то, что больные наркоманией в силу специфических колебаний нервно-психического и соматического состояния при осознании диагноза «ВИЧ- инфекция» приходят к выбору определенной стратегии в отношении употребления наркотиков: некоторые задумываются о лечении зависимости, и отказываются от привычного наркотика, другие пытаются найти успокоение в чрезмерно интенсивном употреблении самых разных психоактивных веществ. Именно в процессе стабилизации терапевтической ремиссии существенные изменения происходят в области значимых отношений личности, в первую очередь отношения к себе, к своему будущему, к семье, а также к осознанию необходимости изменения прошлой жизни, приобретения новых ориентиров, жизненных перспектив. Если психотерапевтические и реабилитационные мероприятия помогают больному осознать внутренний конфликт, то он удерживается в лечебных наркологических программах, соблюдая абстиненцию и постепенно нормализуя взаимоотношения в семье и обществе.

МОДУЛЬНОСТЬ КАК ПРИНЦИП ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Казаковцев Б.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
bakazakovtsev@serbsky.ru

Имеющие место сходство и различия между субъектами Российской Федерации в историческом, географическом, демографическом и культурном аспектах позволяют использовать модульный принцип организации психиатрической помощи. Отраслевой программой «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003-2008 гг.)», утвержденной приказом Минздрава России от 27 марта 2002 г. № 98, в стране были выделены 6 типов регионов. Положительный опыт работы Республики Башкортостан (6-й тип) и Забайкальского края (5-й тип) по реализации модульного проектирования психиатрических служб подтверждает возможность его использования в целях повышения качества организации психиатрической помощи. В том и другом регионе были проведены: паспортизация существующих учреждений с пообъектным анализом пригодности существующих зданий с учетом соответствия площадей санитарным нормативам; разработка пообъектных предложений по приведению существующей материально-технической базы к стандартам, установленным для данного медико-географического типа региона; разработка рекомендаций по подбору проектов блок-модулей подразделений для каждого строительного объекта; разработка рекомендаций по очередности строительства и реконструкции объектов; строительство новых зданий.

Несмотря на незавершенность модульного материально-технического проектирования сети психиатрических учреждений, технологические и кадровые проблемы в стране в период с 2007 по 2012 г. получили определенное решение. Это относится к большей части регионов Приволжья, Урала и Сибири. Благодаря тому, что в этих регионах бригадные формы психосоциальной работы на протяжении последних 10—15 лет развивались особенно интенсивно, в них оказались более высокими темпы снижения показателей первичной заболеваемости, первичной инвалидности и распространенности суицидов. Использование принципа модульности можно отметить при включении в практику ряда инновационных технологий оказания психиатрической помощи, предусмотренных Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н. Принцип модульности здесь используется, например, в организации просветительской работы, психосоциальной работы, при проведении психообразования, при проведении тренингов, при трудоустройстве, при оказании социальной и инструментальной помощи. Применение данного принципа особенно продуктивно в обеспечении возможностей взаимозаменяемости, последовательной сменяемости, взаимодействия и сочетания усилий специалистов в совместной работе с населением, с пациентом и его семьей.

Отдельного рассмотрения в плане модульного обеспечения психиатрической помощью сельского населения требует вопрос организации психиатрических кабинетов в структуре поликлиник Центральных районных больниц. В настоящее время среди полностью оснащенных в этом отношении регионов могут быть упомянуты лишь: Владимирская область (5-й тип); Псковская область (4-й тип); Республика Башкортостан (6-й тип); Свердловская область (6-й тип). Для оптимизации условий работы учреждений, оказывающих психиатрическую помощь сельскому населению в регионе, необходимо исходить не только из плотности и состояния транспортного обеспечения обслуживаемого городского и сельского населения, но также из возможностей типового территориального распределения стационарных и амбулаторных форм психиатрической помощи.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НАВОДНЕНИЯ В КРЫМСКЕ ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОСТРАДАВШЕГО НАСЕЛЕНИЯ

Калашников Д.И., Портнова А.А., Шпорт С.В.

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1», г. Краснодар,
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ
г. Москвы,

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

aapserbsky@yandex.ru

Природные катастрофы, сопровождающиеся большим количеством человеческих жертв, утратами жилья и инфраструктуры, являются мощным этиологическим фактором развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Представляется важным разработать меры позволяющие минимизировать психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций (ЧС).

Целью исследования явилось выявление значимых факторов формирования хронического стрессового заболевания.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 3 этапа. 1 этап соответствовал острому периоду психической травмы в течение 3 недель после ЧС. Обследование проводилось в пунктах медицинского оказания помощи, местах временного размещения и во время подворовых обходов. Было обследовано 440 человек. Помимо клинической беседы заполнялся краткий опросник SASQ. Более чем в 50% случаев (у 228 пострадавших – основная группа) были выявлены признаки острой стрессовой реакции различной глубины – F 43.0 (острая реакция на стресс, по МКБ-10). На 2 этапе, который длился 12 месяцев, под наблюдением находилось 127 человек из основной группы. У 51 человека (40,2%) определялись признаки ПТСР. 3 этап осуществлялся через 3 года после ЧС – было обследовано 86 пострадавших при наводнении, из них у 26 (30,2%) были выявлены признаки ПТСР. Данные клинического обследования 2 и 3 этапов дополнялись методами количественной оценки симптоматики (CAPS, шкалы тревоги и депрессии Гамильтона).

Результаты. Были определены и ранжированы по значимости факторы затяжного течения стрессового расстройства. Наибольший вес имел фактор потери во время ЧС родственников, отсутствие поддержки со стороны близких, низкий материальный уровень, тревожные и демонстративные черты личности. Такие показатели как пол и возраст не показали статистически значимых различий в группах лиц с признаками ПТСР на отдаленных этапах и без таковых.

Полученные данные позволяют сформировать группы риска для проведения психопрофилактической работы с лицами, пострадавшими в ЧС.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Калмыков Ю.А., Яхин К.К., Гурьянова Т.В.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева»
Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Kalmiykov1@rambler.ru

С момента создания в 1993 г. суицидологической службы в Республиканской клинической психиатрической больнице Минздрава Республики Татарстан ее специалистами активно применяется экзистенциальная психотерапия. Экзистенциальный подход считается одним из наиболее эффективных при оказании психологической помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, он помогает человеку выработать более зрелое и стоическое отношение к неприятным аспектам существования человека. Опыт проведения экзистенциальной психотерапии пациентам с суицидальным поведением позволяет нам выделить наиболее важные принципы и направления работы.

1. Особое внимание должно уделяться взаимоотношению терапевт-пациент. Большинство кризисных пациентов страдает от конфликтов в сфере взаимоотношений, либо от одиночества, и получает психотерапевтическую помощь во многом путем создания дружеских связей с терапевтом и получения эмоциональной поддержки.

2. Отношение к трудностям как к испытанию. Этот принцип является общим для психотерапии и религии.

3. Применение методик, совмещающих диагностические и терапевтические функции: методика «Незаконченные предложения», разработанная В.П. Костюкевичем для диагностики суицидального риска, позволяет не только оперативно уточнять эмоциональное состояние и жизненные ценности пациента, но и осуществлять психологическое вмешательство; «Опросник ценностей жизни» (В. Jacobsen); методика «Духовный кризис» (Л.В. Шутова, А.В. Ляшук).

4. Многоуровневое вмешательство. Любое эмоциональное нарушение или психическое заболевание существует в четырех измерениях: физическом, психологическом, социальном и экзистенциальном, или духовном. Эффективность терапии повышается, если она включает вмешательство на всех уровнях, параллельно или последовательно.

5. Коррекция завышенного уровня притязаний к жизни, к другим людям и к себе. В частности, методика исследования самооценки по Дембо – Рубинштейн помогает одновременно решать диагностические и терапевтические задачи. Работа с иррациональными убеждениями и «симптомным стрессом».

6. Терапия активностью и творчеством. Необходимо уделять большое внимание проведению пациентами досуга и их творческому отношению к различной деятельности в соответствии с подходом М. Чиксентмихайи.

7. Активное применение библиотерапевтического и кинотерапевтического методов, что облегчает пациентам доступ к произведениям, которые являются весьма информативными и поучительными.

СОЦИАЛЬНАЯ ПРЕДИСПОЗИЦИЯ ПАРАФИЛИЙ

Каменсков М.Ю.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

m-kamenskov@yandex.ru

В настоящее время существует более 70-ти теорий, объясняющих формирование аддиктивных расстройств. Согласно одной из них, зависимое поведение является следствием дисбаланса в дофаминергической нейротрансмиттерной системе, отвечающей за процессы вознаграждения в ЦНС и которая регулирует эмоциональное состояние организма. Генетический дефект в дофаминергической системе является одним из факторов обуславливающих риск возникновения компульсивных/импульсивных расстройств и зависимостей. В наших исследованиях было показано достоверное снижение уровня центрального дофамина при сексуальной аддикции, которое коррелировало со стереотипностью аномального поведения, эмоциональными и диссоциативными расстройствами. Однако только наличие генетического дефекта в нейротрансмиттерной системе не может являться определяющим фактором формирования зависимого поведения. В конечном счете, взаимодействие среды и генов обуславливает его становление. Некоторые исследователи считают, что в развитии аддикции одну из ведущих ролей играют именно социальные воздействия, в том числе и особенности воспитания.

Цель исследования. Выявление микросоциальных predispositional факторов парафилий.

Материалы и методы. Обследовано 157 подэкспертных с диагнозом расстройств сексуального предпочтения. Использовались методы: клиничко-психопатологический, сексологический.

Результаты. Согласно результатам исследования, в большинстве случаев можно было говорить о девиантном типе воспитания в родительской семье. Несмотря на то, что испытуемые нередко воспитывались в полных семьях, в ряде наблюдений взаимоотношения внутри нее были девиантными, и воспитание происходило по гиперролевому типу. Отцы поддерживали внутри семьи жесткие иерархические отношения, демонстрируя агрессивный/садистический стиль воспитания, а в состоянии опьянения были склонны к деструктивным поступкам. В других случаях воспитание могло происходить в неполной семье по типу гипоопеки, когда дети были предоставлены сами себе, и близкие не принимали активного участия в их развитии. Некоторые из них ощущали себя не нужными, переживали чувство отверженности со стороны близких. Воспитание также могло протекать и по типу гиперпротекции, когда матери устанавливали над сыновьями гиперопеку, не давая ребенку проявить свою самостоятельность. В общей сложности больше чем в половине наблюдений можно было

говорить о девиантном воспитании, что отражалось на взаимоотношениях между родителями и подэкспертными, препятствуя формированию тесных эмоциональных связей, необходимых для полноценного развития ребенка. Даже в полных семьях отношения между ее членами были конфликтными, а эмоциональные контакты формальными или холодными. Нередко отмечались нарушения эмоциональных контактов с отцом или матерью на каждом из этапов полового развития. В целом указанные особенности воспитания сказывались на половом развитии ребенка, препятствуя усвоению полоролевых стереотипов. Кроме того, отсутствие тесных эмоциональных связей с родителями лишало подэкспертных возможности удовлетворять свои эмоциональные потребности в привязанности, что, по замечанию исследователей, повышает риск формирования аддиктивного поведения.

Таким образом, особенности эмоциональных отношений внутри семьи, девиантные стили воспитания предрасполагают к формированию зависимого, в частности, аномального сексуального поведения.

ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ*

Канаева Л.С.¹, Аведисова А.С.¹, Гришкина М.Н.², Меньшикова А.А.², Галкина И.В.², Яковлев А.А.²

¹ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,

² ГБУЗ «Научно-практический центр психоневрологии им. З.П. Соловьева» ДЗ г. Москвы

kanaeva@pochta.ru

Цель исследования: изучение факторов, влияющих на суицидальность, у больных с непсихотическими психическими расстройствами.

Материалы и методы: 209 пациентов, проходивших лечение в НПЦ психоневрологии им. Соловьева. Исследуемую выборку составили 172 женщины и 37 мужчин в возрасте от 19 до 89 лет (средний возраст 50,9 ±15,17 лет). В соответствии с МКБ-10, у больных диагностировались: депрессивный эпизод (N=26), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (N=63), тревожное расстройство (N=22), органическое расстройство (N=65), ипохондрическое расстройство (N=29), шизотипическое расстройство (N=3).

Результаты: Все включенные в исследование пациенты были разделены на две группы: 1 группа – больные, у которых суицидальность отсутствовала (N=127); 2 группа – с проявлениями суицидальности (N=82). Сравнение двух групп показало, что предикторами суицидальности явились мужской пол, наличие психологических проблем, большая выраженность практической всех симптомов по шкале SCL-90: депрессии, тревоги, враждебности, навязчивых страхов, паранойдности, психотизма, соматизации, обсессивно-компульсивного расстройства, интерперсональной чувствительности, общего индекса тяжести симптомов и индекса тяжести имеющегося дистресса. У больных с депрессивным расстройством (46%, N=12), по сравнению с другими психическими заболеваниями, наблюдалось статистически достоверное преобладание желания умереть и усиление тяжести суицидальных идей (по тесту Kruskal-Wallis). При помощи метода логистической регрессии было показано, что такие психологические факторы, как «восприятие себя как обузы» и «чувство брошенности», оказывают существенное влияние на наличие или отсутствие суицидальной идеации. Причем отношение шансов (Odds ratio) для фактора «восприятие себя как обузы» составило 1,78, а для фактора «чувство брошенности» - 1,18. Сравнение больных с суицидальными идеями и суицидальными попытками выявило статистически достоверные различия: у последних отмечалась большая выраженность неспецифических суицидальных идей, актуальных суицидальных идей с размышлениями о способе самоубийства, намерений действовать по конкретному плану.

Таким образом, значительную роль в предикции суицидальности у больных с непсихотическими психическими расстройствами играют пол, наличие психологических проблем, депрессивного расстройства и большая выраженность симптомов заболевания. Такие психологические факторы, как «восприятие себя как обузы» и «чувство брошенности», увеличивают риск возникновения желания умереть на 78% и 18% соответственно. Формированию суицидального поведения способствует большая частота возникновения суицидальных идей, появление намерений действовать и четкого плана совершения суицида.

*Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ №14-06-00866.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Карауш И. С.

ФГНБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», г. Томск

anir7@yandex.ru

Решение вопросов комплексной терапии, определение прогноза и оптимальная социальная адаптация детей с нарушениями развития и психическими расстройствами требуют, чтобы диагноз ребенка дополнялся аспектами, учитывающими многообразие психологических, социальных, микро- и макросредовых факторов. Актуальна разработка форм общественно-ориентированной психиатрической помощи, обеспечивающих её оказание с участием социального окружения и создание системы психосоциального (наряду с фармакотерапией) лечения и реабилитации.

Исследование 368 учащихся 7-18 лет специальных (коррекционных) школ-интернатов (186 слабослышащих и глухих и 182 слабовидящих) выявило высокую распространённость психических расстройств (79%), среди которых чаще встречаются смешанные специфические расстройства развития (42,4%), органические расстройства (13,3%) и умственная отсталость легкой степени (12,5%). В структуре психических расстройств у детей с нарушениями слуха значительно преобладали специфические расстройства психического развития (64%), речевые расстройства (94%) и умственная отсталость (21,5%); тогда как у детей с нарушениями зрения определялось значимое преобладание органических (19%), гиперкинетических расстройств (13%) и донозологических состояний (22,5%). Особенности клинического статуса детей с дефектами слуха и зрения является сочетание когнитивных, интеллектуальных, речевых нарушений с нарушениями эмоционально-волевой сферы, поведения, искажённым восприятием собственного дефекта (неадекватной внутренней картины болезни).

Уровень психического здоровья определяется, в соответствии с положениями ВОЗ, сочетанием биологических, психологических и социальных характеристик. В соответствии с разработанными критериями, доля детей с низким уровнем психического здоровья была наибольшей – 43,5%, со средним уровнем – 37,5%, с высоким – 19%.

С учетом данных клинического, психологического обследования были разработаны три комплексные реабилитационные программы для детей с сенсорными нарушениями, имеющими различный уровень психического здоровья. Дети, имеющие одинаковый психиатрический диагноз, могут иметь различия и в клинической картине, и в психологических показателях, и в показателях общего функционирования. Решение задач терапии и профилактики психических нарушений строилось с опорой на выявленные индивидуальные и средовые ресурсы. Программы включали комплекс психопрофилактических психогигиенических, психотерапевтических и психофармакологических мероприятий, в контексте принципов психосоциальной реабилитации (включение ресурсов семьи и педагогической среды). Сочетание данных мероприятий, позволило у 30% детей достигнуть высокого и 49% среднего уровня психического здоровья, стабилизировать эмоциональное состояние детей и расширить возможности их социальной адаптации. Также выявлено повышение уровня качества жизни (PedsQL 4.0 Generic Core Scales, Modules) по наиболее «проблемным» видам функционирования – эмоциональное и школьное у детей с нарушениями зрения и школьное функционирование у детей с нарушениями слуха, в меньшей степени – по шкале когнитивные функции.

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКЦИЙ КАК ОСНОВА ПОЗИТИВНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Карпец В.В.¹, Дереча В.А.², Гуров А.В.¹, Дёмина М.В.¹, Котлярова С.В.¹

¹ГБУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер», г. Оренбург,
oob10@mail.orb.ru

²ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Оренбург
k_psynark_fkp@orgma.ru ;

В настоящее время общественное здоровье не может быть охарактеризовано полно без учета факторов, способствующих развитию аддиктивной составляющей личности, распространение которых становится всё более значительным.

Еще 15 лет тому назад в ООКНД совместно с кафедрой психиатрии и наркологии ОрГМУ была разработана концепция первичной позитивной наркопрофилактики. На её основе в Оренбургской области осуществляются три проекта психогигиенической и психопрофилактической направленности. Так с 2003 г. реализуется программа «Молодое поколение делает свой выбор!» под девизом «Хочу жить долго и быть здоровым»; с 2014 г. осуществляется медиа-проект «Право на жизнь» под девизом «Уважение к существующим законам»; также с 2014 г. начал работу пилотный медико-социальный проект «Новая жизнь» который включает в себя реализацию программы «Точка трезвости» - по лечению родителей, имеющих несовершеннолетних детей, лишаящихся родительских прав из-за злоупотребления алкоголем.

Все программы реализуются на межведомственной основе и включают в себя такие формы работы как декадни, круглые столы, диспуты, семинары – тренинги, анкетирование, исследование подростков 7-11 классов по методике «Цветовые метафоры индивидуальных предпочтений», определяются также жизненные ценности и ориентации, изучаются учебные пособия, памятки. Итоги работы освещаются в местных и областных средствах массовой информации.

Медиа-проект «Право на жизнь» осуществляется с целью получения объективной информации о наркоситуации, о рисках, связанных с употреблением наркотиков и алкоголя на территории Оренбургской области, увеличения охвата профилактической работой населения области и привития уважения к существующим законам. В рамках проекта создаются и размещаются телевизионные сюжеты на двух региональных каналах «Регион» и «ТНТ», которые транслируются с повтором.

Полученный опыт реализации программы доказывает высокую эффективность проводимых профилактических мероприятий, поскольку они основаны на принципах комплексного подхода, охвата разных целевых аудиторий, системности, непрерывности и позитивного содержания. Одним из показателей эффективности проводимой профилактической работы является снижение первичной заболеваемости с диагнозом «наркомания».

ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ СПЕЦИАЛИСТОВ КАК ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФАКТОР В АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Катан Е.А., Бородина Е.А.

ГБОУ СПО «Оренбургский государственный педагогический колледж»,
ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Оренбург

Возникающая по мере взросления необходимость социализации детей, у которых были обнаружены расстройства аутистического спектра (РАС), а обычно это происходит в период среднего дошкольного возраста, ставит задачи ранней коррекции вышеуказанных нарушений, а также привитие традиционных для общества ценностей. Так же, как и для здоровых детей, данный процесс реализуется посредством образования и воспитания, но в специально созданных условиях. Трудно недооценить высокую степень милосердия и сострадания специалистов, осуществляющих эту работу, требующую затрату не только психологических, но, достаточно часто, сил физических.

Цель исследования: изучение особенностей личностей педагогов, работающих с детьми с РАС.

Материалы и методы. Изучение состояния профессиональной адаптации проводилось у 6 учителей и 24 волонтеров – студентов, выполняющих функции тьюторов, с помощью тестов: диагностики эмоционального выгорания В.В. Бойко, теста оценки потерь и приобретений, морфологического теста жизненных ценностей, теста смысложизненных ориентаций Леонтьева. Возрастные и гендерные особенности выборки – девушки 16-23 лет. Специалисты работали с 42 детьми в возрасте от 6 до 11 лет. 37 мальчиков, 5 девочек имели РАС различной степени выраженности и находились на обучении в экспериментальных классах начальной школы ресурсного центра при педагогическом колледже им. Калугина г. Оренбурга. Тяжесть аутизма обучающихся детей по шкале CARS представлена: 30-36 баллов – легкий/умеренно выраженный аутизм (все обучающиеся 3 класса, 7 учеников 2 класса, 15 учеников 1 класса), 37-60 баллов – тяжелый аутизм (2 девочки из 2 класса, 11 учеников 1 класса).

Результаты. Проведенное исследование позволило создать профиль жизненных ценностей и смысложизненных ориентаций специалистов, а также оценить степень их профессионального выгорания. Для всех специалистов, принимавших участие в исследовании, наиболее ценными сферами жизни являлись профессия, образование, семья. Наиболее значимой ценностью являлся материальный достаток как гарант реализации базовых потребностей (обеспечение жильем, едой, одеждой). Образование для них – способ получения достойного материального благополучия. Профессия – признак стабильности, а не способ самовыражения и самоутверждения. Главное в профессии – желание как можно глубже проникнуть в предмет труда (причины и проявления РАС), получить духовное удовлетворение от процесса труда и достичь осязаемого результата своего труда (видеть объективное улучшение состояния ребенка). Отмечен низкий уровень значимости своего престижа, педагоги не видят разницы в одобрении своих поступков людьми разных социальных статусов, уступчивы, избегают конфликтов, лишены притязаний на статус лидера. Незаинтересованность в оценке своей личности определяется стремлением к получению результатов своего труда, как главного свидетельства профессиональной компетенции. Ценным так же является стабильность, привычность своих занятий, что проявляется сохранением и поддержанием определенных структурно-иерархических отношений в коллективе, значимостью факторов социально – психологического климата, атмосферы доверия. При оценке потерь и приобретений за последний год для специалистов незначительный коридор индекса ресурсности (0,9-1,2) свидетельствовал о сбалансированном влиянии на адаптационный потенциал личности жизненных разочарований и достижений. При изучении смысложизненных ориентаций, выявлены высокие показатели осмысленности жизни, целеустремленность, ориентированность на процесс достижения цели, что позволяет длительно сохранять мотивацию. Отмечается удовлетворенность результатом прожитых лет жизни. Для локуса контроля Я и локуса контроля жизни были характерны средние показатели, что проявляется критическим отношением «все в моих руках, что в моих силах». При оценке эмоционального состояния не было выявлено специалистов, находящихся в состоянии сформированного синдрома профессионального выгорания. Сформировавшаяся фаза напряжения была отмечена у специалистов, работающих с «трудными», неговорящими детьми с нарушениями поведения.

Выявленные особенности личностей педагогов могут быть оценены как терапевтический фактор в абилитации детей с РАС, предполагающий этологическую ориентировку коррекционных мероприятий, направленных на глубокий инстинктивно-поведенческий пласт данной патологии. В течение двух лет наблюдения указанных детей отмечается положительная динамика во всех областях психической деятельности: когнитивной, аффективной, сенсорной и моторной. Действие сильной, энергичной, жертвенной, не лишенной наивного идеализма личности является доброй и самой красивой властью, воздействующей на ребенка, ресурсы которого находятся в примитивном состоянии.

ОЦЕНКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ КАК ФАКТОРА РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Катенко С.В.

ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России,
НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, г. Москва,
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России, г. Москва
Kasv.2012@yandex.ru

Проблема выявления и динамики пограничной психической патологии субклинической степени выраженности имеет исключительное значение, поскольку определяет тактику первичной и вторичной психопрофилактики и позволяет оценить эффективность коррекционных мероприятий.

Целью исследования явилось изучение невротических нарушений субклинической степени выраженности у учащихся юношеского возраста – студентов ВУЗа.

Материалы и методы. Сплошным клинико-эпидемиологическим методом и методом психометрического тестирования (использовался опросник ММРІ в модификации Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова) было обследовано 52 человека – студенты 3 курса медицинского ВУЗа, в возрасте 18-20 лет. Исследование проводилось в начале семестра.

Результаты. Слабовыраженные невротические расстройства (F42.2; Z73.3; R53) были определены в 46,5% случаев. Синдромально очерченные состояния (F48.0;F42-F42.8;F43.21;F44; F48.9; F06.6; F42-F42.8; F06.6; F06.36-37;F06.5;F06.82) зафиксированы в 9,5% случаев. По данным психометрического тестирования в 67,2% отмечался значимый подъем по шкалам депрессии и тревоги. 8% обследованных после проведения тестирования активно обратились с просьбой о проведении дополнительных индивидуальных консультаций по поводу их психического здоровья.

В обследуемом контингенте (раннем юношеском возрасте) слабовыраженные невротические реакции весьма распространены и могут являться этапом формирования невротозов и невротоподобных нарушений, что требует проведения дальнейших более развернутых и углубленных исследований и учёта полученных данных при разработке программ клинического управления данными факторами риска, первичной и вторичной психопрофилактики.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Качаева М.А., Груздева А.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
mkachaeva@mail.ru, asydoc2013@yandex.ru

В последние годы интенсифицировались исследования, касающиеся психических расстройств у ВИЧ-инфицированных женщин. Исследователи подчеркивают, что немаловажное значение в формировании психических расстройств у этой группы женщин играют социальные факторы. К ним относятся: отсутствие безопасного полового воспитания девочек, повышенный риск женщин стать жертвой насилия, отсутствие в обществе культурных норм, связанных с полом. Женщины, перенёвшие тяжелую депривацию в детстве и юности, негативный опыт физического и сексуального насилия над ними, склонны к самоповреждениям. Во взрослой жизни они обнаруживают аномальное психосексуальное развитие, личностные расстройства значительной степени выраженности со склонностью к импульсивному и антисоциальному поведению. Имеющие место психические нарушения у ВИЧ-инфицированных отличаются атипичностью вследствие одновременно развивающегося органического поражения головного мозга.

Обследовано 30 женщин, получавших лечение в связи с ВИЧ-инфекцией в Инфекционной клинической больнице №2 г. Москвы и в филиале №1 МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы. Критерием отбора в группу был лабораторно подтвержденный диагноз ВИЧ-инфекции. Возраст обследованных женщин был от 19 до 35 лет. Из обследованных большинство воспитывались в неполных семьях - 18 (60,3%), из них 3 (10%) в детском доме, бабушками, приемными родителями. Семейная обстановка отличалась конфликтными отношениями родителей, пьянством, физическими наказаниями. Лишь 2 (6,6%) семей можно охарактеризовать, как благополучные. Наследственная отягощенность

алкоголизмом выявлена у 17 (56,6%) женщин, эпилепсией – у 1(3,3%). Уровень образования обследованных был невысоким: неполное среднее – у 11(36,6%), среднее – у 7 (23,3%), неоконченное высшее – у 1 (3,3%) и высшее – у 2 (6,6%) женщин. Сексуальному насилию в подростковом возрасте подвергались – 1 (3,3%) женщина, жестокому обращению со стороны сексуального партнера – 8 (26,6%). Имели судимости 19 (63,3%) человек, родительских прав лишены – 3 (10%). Всего аффективные расстройства выявлены у 24 (80%) женщин, с тревожной депрессией – 10 (30%), дистимией – 13 (43,3%), с гипоманиакальным расстройством – 1 (3,3%). Легкие когнитивные расстройства выявлены у 12 (40%) женщин, деменция диагностирована у 2 (6,6%). Синдром зависимости от алкоголя или психоактивных веществ выявлен у 26 (86,6%) женщин, расстройства личности – у 1 (3,3%), органические психические расстройства – у 18 (60%), нарушение адаптации – 1 (3,3%), шизофрения – у 2 (6,6%). Инфицирование ВИЧ-инфекцией произошло парентеральным путем у 22 (73,3%) обследованных, половым путем – у 8 (23,3%), неизвестным путем – у 1 (3,3%).

Таким образом, исследование выявляет взаимодействие клинических и социальных факторов психических расстройств у ВИЧ-инфицированных женщин. Из клинических факторов следует отметить органические, аффективные расстройства и зависимость от алкоголя и психоактивных веществ. Важную роль играют социальные факторы: негативный эмоциональный опыт детства, насилие и жестокость по отношению к женщинам и асоциальное поведение самих женщин и их партнеров.

ПОДГОТОВКА КАДРОВ В ОРДИНАТУРЕ И АСПИРАНТУРЕ С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА

Кекелидзе З.И., Данилова С.В., Панченко Е.А., Парпара М.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
psy-kafedra@yandex.ru, kekelidze@serbsky.ru

Совершенствование процесса российской системы медицинского образования является важнейшим условием устойчивого роста и сохранения качества и престижа профессии врача. Вступление России в Болонский процесс предписывает необходимость сближения с международными стандартами образования, при обязательном сохранении самобытных, исторически сложившихся черт отечественной системы подготовки медицинских работников.

Цель исследования: изучение зарубежного профессионального опыта в области медицинского образования и адаптация приемлемых установок в российскую систему подготовки врачей-клиницистов и научно-педагогических кадров

Материалы и методы. Был проведен сравнительный анализ медицинского образования в России и в странах с разным социально-экономическим уровнем, но при этом имеющих фундаментальные медицинские традиции - США, Германии, Индии, Китае и Великобритании.

Результаты. В качестве основных отличий зарубежного высшего медицинского образования от российского можно выделить:

- Средний возраст молодого специалиста значительно выше, чем в России. Так, в большинстве странах сертификат специалиста получают в возрасте 32-35 лет.
- Обучение в резидентуре по психиатрии занимает больше времени и длится около 4-5 лет.
- В программу включены длительные курсы по терапевтическим специальностям, неврологии; введено углубленное изучение психотерапии.
- Значительная продолжительность учебной нагрузки – до 80 часов в неделю, обилие зачетов и экзаменов по всем разделам.
- Детская психиатрия в большинстве стран выделена в отдельную специальность, после базового образования нужно еще проучиться 2 года.

В целом, сравнительный анализ систем образования при подготовке высших медицинских кадров свидетельствует, что сегодня в России реализованы основные шаги по интеграции в единое международное образовательное пространство. Структура, формы и базовые принципы построения образовательного процесса соответствуют основным международным стандартам. Однако все еще необходимо решение ряда задач по совершенствованию системы медицинского образования в нашей стране. В качестве основных задач можно выделить:

1. Разработка новых учебных планов и программ подготовки высших медицинских кадров.
2. Сохранение принципа преемственности в процессе образования и усиление междисциплинарных связей.
3. Внедрение в образовательный процесс последних научных достижений, в том числе в системе высоких технологий.
4. Увеличение сроков ординатуры до 3 лет.

Решение этих, а также других не менее актуальных задач, будет способствовать поступательному росту качества образования и дальнейшему сближению основных принципов его формирования с общемировыми стандартами.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ: РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Кибитов А.О.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва
druggen@mail.ru

Генетические исследования показали, что наркологические заболевания накапливаются в семьях в виде семейной отягощенности, имеют существенный (45-85%) уровень прямого генетического влияния, высокий уровень наследуемости (30-70%) при отсутствии влияния пола и возраста. Все эти факты позволяют рассматривать наркологические заболевания с точки зрения медицинской генетики как болезни наследственного предрасположения, мультифакториального генеза и полигенной природы. В рамках биопсихосоциальной модели этиопатогенеза, формирование таких заболеваний происходит при взаимодействии трех доменов (групп факторов): биологического (генетического), личностного и социального, каждый из которых имеет свой уровень генетического контроля и представляют собой единый этиопатогенетический комплекс.

Генетические факторы в виде особенностей генов, контролирующих нейрохимические системы этиопатогенеза заболевания, непосредственно определяют его биологическую основу и существенно влияют на прочие домены и их эффекты. Личностные факторы в виде специфических особенностей темперамента, характера и черт личности, заметны уже в преморбидном периоде как проявления предрасположенности, непосредственно связаны с биологическими факторами и имеют значительный уровень генетического контроля. Влияние социальных факторов опосредуется биологическими и личностными факторами, через которые осуществляется генетический контроль на уровне типов социального функционирования и социальной адаптации. Имеется значительное генетическое влияние на индивидуальный характер реакций на стресс и процессы социализации, формирующие интегральный паттерн эффекта воздействия социальных факторов. С учетом многоуровневого генетического контроля всех доменов этиопатогенеза, роль генетического влияния приобретает критическое значение для конкретного индивидуума.

Современные подходы к терапии наркологических заболеваний предполагают обязательное включение в систему наркологической помощи реабилитационное звено, без которого эффект дезинтоксикационного, психофармакологического и психотерапевтического звеньев терапии оказывается кратковременным и нестабильным. Разнообразные и дополняющие друг друга модели медико-социальной реабилитации, как стационарной, так и амбулаторной, успешно применяются в практической наркологии и дают значительный эффект. Концепция уровня реабилитационного потенциала (УРП) Т.Н. Дудко предполагает значительное влияние преморбидных личностных и биологических (в т.ч. и генетических) особенностей пациента на эффективность медико-социальной реабилитации.

Генетический риск болезней предрасположения, и наркологических заболеваний в том числе, как вероятность их развития, обусловленная только генетическими причинами, является следствием совместного участия многих генов, вклад каждого из которых не велик, однако общий эффект значителен и существенно влияет на возраст манифестации, клиническую динамику, уровень терапевтической резистентности и успешность проведения реабилитационных программ. Возможно, оценка уровня генетического риска может отражать вклад генетических факторов в уровень реабилитационного потенциала. В этом случае оценка генетического риска может прогнозировать как

удержание в реабилитационной программе (РП), так и эффективность в плане формирования длительной и стабильной ремиссии. Длительность удержания пациента в РП связана с мотивацией пациента, которая также определяется УРП и личностно-биологическими, и, возможно, генетическими, особенностями.

Выявлено, что генетический фактор - семейная отягощенность и ее степень являются наиболее значимым прогностическим фактором, определяющим вероятность мотивации стационарных наркологических пациентов на прохождение длительной реабилитационной программы, которая обеспечивает лучшие показатели эффективности лечения, повышает стабильность ремиссии и существенно улучшает качество жизни пациента, что является важной задачей терапии наркологических больных и способствует успешной ресоциализации.

Было предпринято ограниченное по объему выборки и длительности катamnестического наблюдения исследование возможности использования оценки уровня генетического риска развития наркологических заболеваний как инструмента мотивации к прохождению РП и прогноза ее эффективности у наркологических пациентов. Распределение уровней генетического риска в группах пациентов с зависимостью от разных видов ПАВ (алкоголь, опиаты, психостимуляторы, каннабиноиды (в т.ч. «спайсы»)) идентично, что подтверждает как патогенетическое, так и генетическое единство болезней зависимости и правомерность использования молекулярно-генетического профиля по генам ДА системы как универсального диагностического инструмента для оценки генетического влияния. Показатели генетического риска не влияют на эффективность РП, но успешно используются в качестве аргумента мотивации для удержания в длительной РП, причем лица с повышенным уровнем риска (1,5 балла) склонны продолжать РП, а лица со средним уровнем риска (1 балл), вероятно, получают повод для отказа от продолжения РП, что и приводит к срыву. Очевидно, что оценка уровня генетического риска методами молекулярно-генетической диагностики может значительно повысить эффективность реабилитации наркологических больных. Генетические маркеры могут быть использованы в целях разработки персонализированных подходов к реабилитации наркологических пациентов при условии дальнейшей масштабной валидации в различных реабилитационных программах.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

Кибрик Н.Д.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
dok-kibrik@mail.ru

В иерархии человеческих ценностей семейные отношения занимают одно из ведущих мест. Важной частью устойчивости в браке является сексуальная функция. В условиях экономического и демографического кризиса проблемы семейной дезадаптации, косвенно влияющие на демографические показатели, выходят за пределы задач здравоохранения и приобретают характер первостепенных задач национальной политики. Выявление соотношения и взаимосвязи социально-психологических, сексуально-поведенческих и физиологических факторов развития сексуальных дисгармоний пары является необходимой предпосылкой для разработки эффективных методов диагностики, коррекции и профилактики этих состояний. Одним из действенных способов профилактики сексуальных нарушений является профилактика парной сексуальной дисгармонии. Важнейшим принципом такой профилактики является получение обоими партнерами необходимых знаний об анатомии, физиологии половой сферы и психологии сексуальных отношений.

Профилактику сексуальных расстройств необходимо начинать с просвещения и образования будущих родителей. Например, для осуществления данного процесса в научно-популярную литературу для будущих родителей следует включать главы о правильном воспитании и половом просвещении детей, включая ранний детский и пубертатный возраст.

Одним из этапов профилактики сексуальных дисфункций является просвещение воспитателей дошкольных детских учреждений в области становления сексуальности у детей, а также разработка специальных учебных программ и научно-популярных изданий по сексуальному просвещению, рассчитанных на разные возрастные группы.

Важным этапом профилактики сексуальной дезадаптации является образовательная, просветительская работа с лицами, вступающими в брак. В последнее время особенно

актуальными в социальном плане становятся вопросы этики и нравственности при оказании помощи лицам с трансгендерными предпочтениями, а также пациентам так называемой “сексуальной медицины”.

Коммерциализация медицины, финансовая заинтересованность врачей, особенно на завершающих этапах половой трансформации, фактически подталкивает и вынуждает пациентов к поиску возможности получения «медицинского заключения о необходимости смены паспортного пола» любыми путями, исключая официальные, которые выдаются без психиатрического обследования, даже лицам с инвалидностью 2 группы, находящимся на диспансерном наблюдении по поводу психического заболевания.

До настоящего времени остаются не утвержденными стандарты оказания помощи данным пациентам и образцы заключения медицинской комиссии по определению половой принадлежности, что значительно усложняет помощь пациентам и подталкивает их на решение проблемы иными, порой криминальными способами.

Создание новых подходов к психогигиеническому воспитанию и образованию детей и подростков, формирование здорового образа жизни и подготовка их к семейной жизни должны стать приоритетными направлениями государственной политики.

ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Киржанова В.В., Григорова Н.И.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва

kirzhanovavv@mail.ru

Оценка эффективности оказания наркологической помощи в настоящее время в России осуществляется на основе показателей ремиссии и выздоровления (длительного воздержания). Проводимая с 2011 г. модернизация и реструктуризация наркологической службы предусматривает осуществление мониторинга и оценки эффективности инвестиций в наркологическую службу, в том числе и на основании показателей ремиссии.

Цель исследования. Провести анализ показателей ремиссии и выздоровления (длительного воздержания) пациентов наркологического профиля за 2011-2014 гг.; выявить основные проблемы оценки эффективности наркологической помощи на основе показателей ремиссии.

Материалы и методы. Проведен анализ динамики показателей ремиссии и выздоровления (длительного воздержания) за период с 2011 по 2014 гг. по стране в целом и ее регионам. Для анализа использовался суммарный показатель ремиссии (1 год и более) у больных алкоголизмом и наркоманией. Все показатели рассчитывались на 100 больных среднегодового контингента. Анализ связи между показателями ремиссии и выздоровления осуществлялся с помощью критерия Спирмена.

Результаты. Анализ показателей ремиссии и выздоровления с 2011 по 2014 гг. по 83 регионам позволил установить уровень взаимосвязи между этими показателями ремиссии и выздоровлением средней степени, который варьировал в зависимости от года исследования при алкоголизме от 0,35 до 0,52, при наркомании – от 0,36 до 0,58.

Анализ региональных особенностей выявил ряд субъектов РФ, в которых высокий уровень показателей ремиссии сочетается с низким уровнем снятия с наблюдения в связи с выздоровлением. Таких регионов нами установлено 10. Например, в Еврейской АО в 2014 г. суммарный показатель ремиссии у больных наркоманией (1 год и более) составлял 42,9 на 100 больных среднегодового контингента, что почти в два раза превышает среднероссийский уровень (в РФ – 19,0), а показатель снятия в связи с выздоровлением – 0,9 на 100 больных среднегодового контингента, что в 3 раза ниже среднего по стране уровня (2,7 на 100 больных). Схожая ситуация наблюдалась еще в 9 регионах – Республика Карелия, Новгородская область, Ставропольский край, Республика Башкортостан, Республика Мордовия, Оренбургская область, Камчатский край, Хабаровский край, Сахалинская область.

Напротив, в Республике Алтай при невысоком уровне показателя ремиссии (13,6) наблюдается высокий уровень снятия с наблюдения в связи с выздоровлением – 5,1 на 100 больных наркоманией (при среднероссийском уровне 3,5). Аналогичная ситуация установлена в Адыгейской Республике, Красноярском крае и Кемеровской области.

Диспропорции показателей ремиссии и выздоровления, установленные в ряде регионов, указывают на их недостаточную объективность и подверженность влиянию субъективных факторов. Целесообразно разработать и внедрить критерии оценки эффективности работы наркологической службы, основанные на данных комплексного объективного обследования пациентов, с включением в практику амбулаторного наблюдения современных методов контроля трезвости, таких как мониторинг биологических и иных маркеров на алкоголь и наркотики, а также проведение токсикологического и психологического тестирования пациентов.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ

Клименко Т.В., Козлов А.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
klimenko17@mail.ru

Болезни зависимости относятся к биопсихосоциодуховным заболеваниям, поэтому при построении программы выздоровления необходимо учитывать весь комплекс причинных и патогенетических факторов, которые должны стать мишенями терапевтического, психокоррекционного и ограничительно-запретительного воздействия.

В соответствии с этим предложена концепция комплексного лечебно-реабилитационного процесса (ЛРП), которая подразумевает систему медицинских, социальных, психологических, педагогических и трудовых мероприятий, реализуемых организациями всех форм собственности, направленных на восстановление здоровья и полноценную реинтеграцию участников программ в общество.

Наиболее проблемным компонентом комплексного ЛРП является этап социальной реабилитации, который обычно реализуется негосударственными общественными и конфессиональными реабилитационными центрами (РЦ). Деятельность большинства этих РЦ отличается: 1) отсутствием объективной и полной информации об используемой реабилитационной методологии; 2) выраженным коммерческим аспектом; 3) отсутствием единых стандартов и критериев оценки; 4) отсутствием объективной информации о результативности; 4) отсутствием механизмов взаимодействия с медицинскими организациями; 5) наличием жесткого конкурентного противостояния между РЦ.

Последствия организационной разобщенности ЛРП: 1) нарушение преемственности и непрерывности ЛРП; 2) нарушение принципов диспансерного наблюдения; 3) снижение эффективности ЛРП.

Для преодоления существующих проблем по организации комплексного ЛРП необходимо: 1) активное вовлечение медицинского наркологического сообщества и наркологических медицинских организаций в разработку методологии, стандартов и критериев оценки деятельности РЦ; 2) установление взаимодействия между РЦ и медицинскими организациями с целью обеспечения участников реабилитационного процесса необходимой медицинской помощью и медицинского диспансерного наблюдения; 3) приведение в соответствие с федеральными требованиями процесса обучения сотрудников и волонтеров РЦ в системе комплексного ЛРП. В рамках комплексного ЛРП необходимо также привести к единообразию правовой статус пациентов государственных и частных наркологических организаций и участников реабилитационных программ в РЦ; включение в систему медицинского диспансерного наблюдения, объем социальных ограничений в связи с имеющимся наркологическим заболеванием и т.д.

Комплексность ЛРП обеспечивается эффективным взаимодействием всех заинтересованных ведомств по их компетенции в процессе освобождения от наркотической зависимости и профилактики наркопотребления.

На федеральном уровне организация комплексного ЛРП и процесса противодействия наркотизму регулируется Государственным антинаркотическим комитетом. На региональном уровне это возложено на антинаркотические комиссии субъекта Российской Федерации, которые на региональном уровне должны обеспечить формирование региональной профилактической среды с вовлечением в этот процесс по компетенции всех заинтересованных служб и ведомств.

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ СПОСОБНОСТИ К ЭМПАТИИ У МОЛОДЕЖИ*

Клименкова Е.Н.¹, Холмогорова А.Б.²

¹ГБОУ ВПО Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва

klimenkovaliza@gmail.com

² ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии

им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

psylab2006@yandex.ru

В последние годы получены данные о важной роли семейного воспитания в развитии социального познания (включая эмпатические способности), уровень которого во многом определяет способность к социальной адаптации у молодых людей. В современных теоретических моделях эмпатия рассматривается как феномен, имеющий многофакторную структуру. Предложена модель эмпатии, включающую четыре фактора, которые нашли отражение в шкалах опросника «Межличностный Индекс Реактивности» (Interpersonal Reactivity Index, IRI) (М. Дэвис): 1) «децентрация» (способность встать на позицию другого); 2) «фантазия» (стремление к присоединению к чувствам и действиям вымышленных героев книг, фильмов и т.д.); 3) «эмпатическая забота» (способность сочувствовать и желание помочь); 4) «эмпатический дистресс» (уровень тревоги и дискомфорта, при наблюдении за переживаниями других людей).

Однако результаты исследований, полученные в этом направлении носят дискуссионный характер и требуют уточнения.

Цель исследования: установить связь разных компонентов эмпатии у студентов и особенностей семейных эмоциональных коммуникаций.

Материал и методы. Данное исследование носит пилотажный характер, было обследовано 7 юношей и 26 девушек в возрасте от 18 до 21 года. Использовали опросник «Межличностный Индекс Реактивности» и опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (Холмогорова, Воликова), тестирующий коммуникативные дисфункции в семье.

Результаты. Шкала эмпатический «дистресс» значимо коррелирует с уровнем критики и значимостью внешнего благополучия в семье, т.е. студенты, чьи родители часто критиковали их и придерживались правила скрывать проблемы, в меньшей степени испытывают тревогу и дискомфорт при виде страданий других людей. Эмпатическая забота оказалась обратно связана с фактором недоверия к людям, т.е. студенты, родители которых более враждебны, в меньшей степени способны к сочувствию по отношению к другим. Семейный перфекционизм оказался прямо связан со способностью к децентрации. Видимо, высокие ожидания со стороны родителей стимулируют детей не просто соответствовать требованиям, но и предугадывать их и, в поисках одобрения, отслеживать реакции других людей, что приводит к формированию «гиперментализации». Была получена ожидаемая обратная связь показателя фантазии и общего показателя семейных дисфункций, а также фактора индуцирования недоверия к людям, т.е. студенты, родители которых демонстрировали враждебное отношение к окружающим, в меньшей степени способны присоединяться к переживаниям героев книг и фильмов.

Таким образом, в пилотажном исследовании получила подтверждение гипотеза о связи эмпатических способностей и семейного воспитания. Для уточнения этих связей необходимы дальнейшие исследования и расширение выборки.

**Исследование выполнено при поддержке гранта РГНФ № 14-18-03461.*

О РОЛИ ПРОАКТИВНОЙ ЛИЧНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Кобзева Л.С.¹, Ерзин А.И.²

¹ООО Центр социальной адаптации «Надежда», г. Тольятти,

²ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России,

г. Оренбург

dr-wagner@mail.ru

По статистическим данным Минздрава России, распространенность наркоманий за последние 10 лет остается на определенном, устойчивом уровне. Разработанная концепция модернизации наркологической службы Российской Федерации, принятая во исполнение Указа Президента Российской Федерации «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»

завершена 1 января 2016 г. Акцент в концепции, касающийся организации оказания наркологической помощи, смещен с сторону первичной медицинской профилактики.

На сегодняшний день общепризнанной ведущей стратегией противодействия алкоголизации и наркотизации населения является профилактика. Выделяются следующие модели наркопрофилактики: социальная, образовательная, медицинская, психологическая, информационно-просветительская. На наш взгляд, важнейшей составной частью наркопрофилактики является не только распространение знаний о механизмах формирования зависимости от психоактивных веществ, ее последствиях, об опасности употребления наркотиков для здоровья и жизни, но и психологическая работа, направленная на формирование «личностного иммунитета», суть которого заключается в успешном совладании со стрессовым ситуациям и противодействию негативному влиянию социального окружения. Т.С. Bateman, G.M.Crant для обозначения этой способности предложили понятие «проактивная личность», подразумевающее сформированную тенденцию сознательно и инициативно воздействовать на обстоятельства жизни и окружающих людей, подчиняя их собственным целям, в противоположность традиционным пассивным стратегиям адаптации. Проактивность как личностная черта представляет собой стабильную характеристику, определяющую индивидуальные различия между людьми. Люди с развитой личностной проактивностью характеризуются большей независимостью от ситуационных факторов и способностью осознанно вызывать изменения в социальном окружении. В отличие от этого, люди, которые не проявляют высокую проактивность, демонстрируют противоположные модели поведения: они более пассивны и реактивны, предпочитая адаптироваться к обстоятельствам вместо того, чтобы влиять на них. Такие поведенческие модели, как показывает практика, свойственны, прежде всего, лицам, склонным к формированию зависимости.

Проактивность же играет немаловажную роль в сохранении и укреплении здоровья и в эффективном преодолении трудных жизненных ситуаций. На когнитивном уровне проактивность - это не столько поведение, сколько жизненная позиция, при которой человек оказывается инициатором своей активности, осознанно и автономно выбирает стиль поведения, формирует нужные реакции у окружающих. Проактивные люди борются за улучшение условий своей жизни, за создание и развитие ресурсов, которые обеспечат прогресс и высокое качество жизни. Жизнь таких людей в большей мере направляется внутренними, а не внешними факторами, и эти люди несут ответственность за те события, которые с ними происходят. Всё выше перечисленное редко встречается у лиц с синдромом зависимости. В свою очередь, модель психопрофилактики, ориентированная на формирование и развитие проактивной личности, на наш взгляд, является перспективным направлением. Ее разработка осуществляется авторами данной работы с учетом интегративных тенденций в психокоррекции и психотерапии, объединяя в себе основные положения когнитивно-поведенческой и экзистенциально-гуманистической парадигм.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

Ковалева Т.А.², Куприянова И.Е.¹, Чуйкова К.И.², Спивак С.В.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», г. Томск,

² ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск
redo@mail.tomsknet.ru

Хронические гепатиты (ХГ) В и С относятся к социально значимым инфекциям, получившим широкое распространение во всем мире. В настоящее время не изученным остается состояние уровня психического здоровья у женщин с ХГ В (ХГВ) и С (ХГС) в период беременности и родов.

Цель исследования – изучить проблемы психического здоровья беременных с хроническими гепатитами В и С.

Материалы и методы. Обследовано 493 беременных с ХГ В и С. Контрольную группу составляли 80 беременных женщин без психических и соматических расстройств.

Результаты. Среди беременных с ХГ только у 17,9% женщин с ХГВ и у 11,6% женщин с ХГС отсутствовали психопатологические проявления. В структуре психопатологических проявлений у беременных с ХГ В и С преобладали донозологические проявления (51,1%) в виде психодезадаптационного синдрома, протекающего по типу физического и психического астенических вариантов, соматовегетативных нарушений или дистимии. Пограничные психические расстройства у

беременных с ХГ В и С наиболее часто были представлены невротическими проявлениями (F4) – 19,1%, с преобладанием тревожности, вегетативных дисфункций. Аффективные расстройства (F3) – 8,3%, одинаково часто выявлялись у беременных с ХГВ и ХГС, в то время как расстройства личности и поведения (F6) – 5,7%, в 2 раза чаще встречались у беременных с ХГС, чем у беременных с ХГВ ($\chi^2=13,61$; $p=0,022$). Органические расстройства (F06) были выявлены только в группе беременных с ХГС (2,2%).

Было исследовано аддиктивное поведение беременных. Никотиновая зависимость чаще выявлялась у беременных с ХГС. Если в группе беременных с ХГВ курение встречалось у 5,1% женщин, то у беременных с ХГС частота курения была в 4,2 раза чаще (21,4%; $\chi^2=24,46$, $p<0,001$), значительно выше, чем в группе здоровых беременных (1,3%, $p<0,001$). У беременных с ХГ В и С выявлены отрицательные связи курения с уровнем образования ($\phi=-0,195$; $p<0,001$) и брачным статусом ($\phi=-0,265$; $p<0,001$), установлена взаимная сопряженность у беременных с ХГС регистрации брака с никотиновой зависимостью ($\chi^2=26,62$, $p<0,001$).

Внутривенное введение наркотиков в анамнезе у беременных с ХГС определено у 7,7% (26/337), что было значимо чаще, чем у беременных с ХГВ (1/156, 0,6%; $\chi^2=14,09$, $p<0,001$) и у здоровых беременных (0%, $p=0,008$). Выявлена положительная связь курения и наркотической зависимости у беременных с ХГВ и ХГС ($\phi=0,23$; $p<0,001$). Среди беременных с ХГС, имеющих в анамнезе употребление наркотиков, преобладали женщины со средним образованием (24/26, 92,3%; $\chi^2=10,61$, $p=0,001$). Большинство беременных (19/26, 73,1%), имеющих в анамнезе употребление наркотиков, имели диагноз ХГС до беременности, тогда как при отсутствии употребления наркотиков диагноз был известен только у 20,9% (65/246) ($\chi^2=34,91$, $p<0,001$).

Исследование показывает важность междисциплинарной реабилитационной тактики при ведении беременности у женщин с ХГ. Взаимодействие акушеров, инфекционистов и психиатров позволит оптимизировать состояние беременных, подготовить к родам и рождению здорового потомства. Особое значение в реабилитационном процессе принадлежит психиатрам и психотерапевтам, т.к. только психотерапевтическое воздействие возможно для коррекции психопатологических проявлений.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Ковшова О. С., Калашникова В.В.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара
psychsamgu@mail.ru

В настоящее время внимание не только здравоохранения, но и всего общества в целом сосредоточено на проблеме преодоления высокой заболеваемости и низкой эффективности лечения пациентов с химической зависимостью, как недостаточно продуктивного реабилитационного звена в структуре оказания наркологической помощи. Особую сложность представляет процесс преодоления психологической зависимости, поскольку ее проявление может сохраняться десятилетиями и являться причиной рецидива. Разработка и поиск эффективных психодиагностических и психокоррекционных технологий для психологической реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ востребованы и актуальны.

Цель исследования: определить факторы психической и социальной адаптации, участвующие в развитии различных форм стресс-совладающего поведения и разработать программу психологической реабилитации этого контингента. Задачи исследования: исследовать адаптационный (личностный) потенциал разных контингентов больных во взаимосвязи с совладающим со стрессом и зависимым поведением, определением его роли в лечебно-восстановительных мероприятиях; создать программу динамического психологического сопровождения пациентов с различными формами совладающим со стрессом и зависимого поведения.

Методы: клиничко-психологический и экспериментально-психологический: Интегративный тест тревожности (ИТТ); Шкала депрессии А. Бека. патодиагностический характерологический опросник (ПДО), методика Г. Роршаха, методика С.Розенцвейга, «Индекс жизненного стиля», копинг-стратегии, ТОБ. Стандартный пакет программ Statistika – 10, корреляционный и факторный анализы.

Выявлены психологические факторы риска развития различных форм зависимого поведения, позволяющие определить значимые диагностические и прогностические критерии социально-

психологической адаптации пациентов, зависимых от психоактивных веществ. Программа психологической и психотерапевтической помощи направлена на формирование адаптивного паттерна поведения в системе комплексной реабилитации и когнитивно-поведенческого психокоррекционного сопровождения пациентов с различными формами зависимого поведения. Когнитивно-поведенческий тренинг (индивидуальный и групповой) направлен на формирование адаптивного паттерна поведения в ситуации, ранее вызывавшей привычную форму зависимого ответа, помогает в осознании проблемы и принятии себя как наркозависимого; принятие пациентом ответственности за происходящее с ним, формирование мотивации на изменение собственного поведения. Понимание того, что «удерживают не решетки» и внешний контроль, когда появляется внутренняя потребность использовать собственные ресурсы. Позиция «ты должен» трансформируется в «я могу» и «я хочу» добиться изменений; создание новой ценностной ориентации на здоровый образ жизни; помощь в изменении привычного социального стереотипа «неизлечимого» больного и создание адекватного отношения к лечению. Внедрение психологической реабилитации в комплексную лечебно-профилактическую работу повышает эффективность психологической реабилитации больных со стресс-совладающим и зависимым поведением.

ОРГАНИЗАЦИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Козлов А.А., Клименко Т.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

aakozlov@inbox.ru

В соответствии с концепцией модернизации наркологической службы в Российской Федерации создана многоуровневая система оказания наркологической помощи, инновационным компонентом которой является система первичной профилактики, в состав которой вошли: 1) отделения медицинской профилактики в наркологических диспансерах и наркологических больницах; 2) наркологические кабинеты в общемедицинской сети; 3) кабинеты по отказу от курения в общемедицинской сети. Помимо подразделений медицинских наркологических организаций к системе первичной профилактики по своей функциональной компетенции также относятся: 4) кабинеты здорового ребенка в структуре детских поликлиник; 5) профилактическое консультирование по вопросам здорового образа жизни и мероприятия по выявлению и коррекции факторов риска развития заболеваний и помощь по отказу от вредных привычек в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

В основу идеологического принципа первичной профилактики положена ее логнормальная модель, которая в отличие от модели болезни предполагает охват профилактическими мероприятиями все население, а не только его пораженной части. В соответствии с данной идеологией сформулированы задачи первичной профилактики, ориентированные на: 1) предупреждение всех отклоняющихся форм поведения на основе формирования здорового образа жизни и культуры безопасного поведения; 2) выявление факторов риска развития отклоняющихся форм поведения и их коррекцию; 3) выявление протекторных (защитных) факторов и их потенцирование.

Минздравом России сформулирована концепция глобальной профилактической среды, согласно которой к охране здоровья граждан имеют отношение практически все министерства и ведомства, имеющие свой здравоохранительный сектор. В связи с этим субъектами первичной профилактики являются не только медицинские организации, но и органы государственной исполнительной власти, органы местного самоуправления муниципальных образований: здравоохранения, образования, МВД, по делам семьи и молодежи, общественные и религиозные объединения. К субъектам первичной профилактики также относятся отдельные физические лица: родители (иные законные представители детей), специалисты образовательных и культурно-просветительских учреждений, учреждений спорта и туризма, волонтеры. Организация и координация деятельности всех субъектов первичной профилактики возложена на отделения медицинской профилактики наркологической службы.

К основным направлениям деятельности по первичной профилактике отнесены: 1) формирование в населении культуры здорового образа жизни и культуры безопасного поведения; 2)

формирование в населении наркологической грамотности; 3) раннее выявление лиц с девиантным поведением: массовые, групповые, индивидуальные опросы (скрининг), осмотры, тестирования, все виды диагностики; 4) консультирование - индивидуальное и групповое; мотивационное, семейное, медико-генетическое; 5) психокоррекционная работа с лицами «группы риска»; 6) обучающие мероприятия (программы формирования здорового образа жизни, культура и навыки безопасного поведения).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Коломиец В.М., Коноркина Е.А., Яшина К.В.

ФКУ «Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России, г. Орел,

СПб ГУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7», г. Санкт-Петербург

konorkina2012@yandex.ru

В рамках проведенного психологического исследования были изучены уровень ситуационной и личностной тревожности, особенности агрессивного поведения, склонность к депрессивному состоянию у пациентов, больных туберкулезом. Группу исследования составили 174 пациента Орловской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением (ОПБСТИН), среди которых пациенты с впервые выявленным в ОПБСТИН туберкулезом (32 человека), пациенты с сопутствующим туберкулезом (76 человек) и пациенты, не имеющие туберкулеза в анамнезе (66 человек). Выявленные показатели были характерны для разных нозологических форм психиатрического регистра (органическое расстройство личности и шизофрения).

Для пациентов с впервые выявленным туберкулезом изменения эмоционального фона по депрессивному типу не выявлено. Для пациентов с сопутствующим туберкулезом в 5,3% случаев наблюдается невротический характер депрессии, что указывает на недостаточную озабоченность заболеванием у всей группы. В группе без сопутствующего туберкулеза в основном преобладает стабильное эмоциональное состояние без депрессивного фона.

Больные без сопутствующего туберкулеза в редких случаях были склонны к изменению настроения. У пациентов с впервые выявленным туберкулезом не диагностируется тенденции к изменению настроения, что может быть связано с недостаточным осознанием специфики сопутствующего заболевания и ослабленной критической оценкой текущего состояния. Для больных психиатрического регистра характерно слабое снижение фона настроения в связи с появлением сопутствующего заболевания (туберкулез), которое усугубляет отношение к себе в болезни и усиливает фрустрирующую ситуацию пребывания в стационаре, чем дезадаптирует поведение пациентов и усиливает явление госпитализма.

Обобщая полученные данные, следует отметить, что пациенты с впервые выявленным туберкулезом в большинстве проявляют умеренно выраженную тревожность. Пациенты с хроническим туберкулезом и пациенты, не болевшие туберкулезом, склонны к повышению уровня тревожности до высокого. Вероятно, представленные различия могут быть объяснены с позиции переживания состояния фрустрации в связи с длительным пребыванием в стационаре закрытого типа.

При исследовании индекса агрессивности, в группе пациентов с впервые выявленным в ОПБСТИН туберкулезом является преобладающим высокий индекс агрессивности (71,4%). В группе пациентов с сопутствующим туберкулезом зачастую регистрируется высокий индекс агрессивности (52,6%), нормативные и сниженные показатели встречаются реже (23,7% и 23,7% соответственно). В группе без сопутствующего туберкулеза выраженность показателей варьирует от низкой до высокой, распространенность среди исследуемой группы испытуемых равномерная.

Таким образом, пациенты, страдающие туберкулезом, находятся в длительном эмоциональном перенапряжении в силу переживаний, связанных с наличием инфекционного заболевания, долгосрочного пребывания в учреждении закрытого типа, рутинных лечебных мероприятий. При этом важно отметить, что при возрастании длительности течения заболевания, у больных туберкулезом увеличивается ситуационная тревога, переходя в разряд личностных

особенностей, а агрессивность преобладает на ранних этапах болезни, впоследствии ее влияние снижается.

ФОРМИРОВАНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ЧАСТИЧНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ*

Колотилин Г.Ф., Козлова О.Г.

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», г. Хабаровск,

КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница» г. Хабаровск

kolotilin39@mail.ru, alexeevich_1985@mail.ru

Проведено комплексное исследование студентов Дальневосточного ГМУ (1253 человека) в рамках темы «Информационное моделирование групповых зависимостей потребителей психоактивных веществ».

Предпринята попытка поэтапного разделения отношения лиц молодого возраста к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) на основе анализа социально-психологических и поведенческих стратегий в условиях отрыва от семейной опеки (переход от обучения в школе в институт) и дальнейшего включения в новые коллективные образования.

Основным принципом отбора послужила стадия отношения к психоактивным веществам (ПАВ). Этап первичного приобщения к употреблению наркотических веществ, как правило, приходится на период адаптационного поведения. При этом, на первом этапе формируется единый тип поведения для всех членов данной возрастной группы. Поэтому первый этап может быть обозначен как состояние социальной депривации. Это обусловлено нарастающим конфликтом между кажущейся независимостью от семейно-родительских паттернов воспитания, традиционного бытового обеспечения и фактическим сохранением и даже усугублением экономической и социально-психологической зависимости от родителей вследствие отрыва от семьи.

В условиях депривации от семьи появляется другой паттерн поведения, который связан с обеспечением индивидуальной сохранности и значимости в новой группе при резко изменившихся принципах межличностного общения. Осуществляется переход ко 2-му этапу мотивированного поведения, его, можно обозначить как потребностный рост (реакция на депривацию). Эта двойственная направленность векторов воздействия на индивида в переходный период создает не только дополнительные трудности в процессе социально-психологической адаптации, но и порождают явный личностный конфликт (извне и внутри).

Третий этап можно обозначить как ложно приспособительный и именно на нем происходит включение в систему периодического употребления ПАВ. Наркотические средства или иные ПАВ становятся для индивида знаковым феноменом, образцом для реализации «достойного» поведения и высокого качества жизни, хотя по существу их прием является замещающим фетишем и направлен на формирование патологического зависимого поведения. При групповом потреблении ПАВ не требуется напряжения в доказательстве правильности и адекватности своего поведения, внутреннего самоконтроля. Все это подчиняется внутригрупповым квазиадаптационным потребностям, являя собой коллективную поддержку и защиту от сторонних лиц, не входящих в сформировавшуюся группу. Это в свою очередь создает дополнительные условия облегчающие формирование зависимости с ее психологической, а затем и патофизиологической составляющими. Этот 4-й этап обозначается как зависимый (аддиктивный), поскольку у индивида уже сформировано патологическое влечение к ПАВ.

Адаптация подростков и в дальнейшем лиц молодого возраста в период послешкольного образования проходит через сложные комплексы социально-психологической защиты, которые могут служить мотивацией к употреблению ПАВ. Структурно их можно разделить на четыре этапа: депривационный; потребностный; приспособительный (конфликто разрешающий); зависимый (аддиктивный).

** Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 05-06-06098а.*

ПЕРЕЖИВАНИЕ ЧУВСТВА СОЦИАЛЬНОГО ОДИНОЧЕСТВА И СОВЛАДАНИЕ С НИМ У ЖЕНЩИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ

Колпаков Я.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва
kolpakov_jv@mail.ru

Употребление алкоголя в России является одним из самых высоких в мире, при этом высока и доля женщин, употребляющих алкоголь. Это требует от социальной психиатрии и наркологии новых решений задач профилактики формирования употребления алкоголя с вредными последствиями и синдрома зависимости от алкоголя с учетом гендерных особенностей и специфических факторов риска. Среди таких факторов ряд исследователей выделяет переживание чувства социального одиночества и способов совладания с ним.

Цель исследования: изучение переживания чувства социального одиночества и способов совладания с ним у женщин, употребляющих алкоголь.

Материалы и методы. Выборку составили 60 женщин в возрасте от 20 до 50 лет (средний возраст $33,0 \pm 10,6$ года), из которых были сформированы однородные по возрасту, уровню образования, семейному положению и трудовому статусу 2 группы сравнения. В первую группу вошли 30 женщин (средний возраст $35,3 \pm 9,8$ года), проходящих стационарное лечение в Клиническом филиале МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы с синдромом зависимости от алкоголя, вторая (средняя) клиническая стадия, текущий эпизод воздержания в условиях ограничения (F10.212 по МКБ-10). Во вторую группу вошли 30 условно здоровых женщин (средний возраст $32,9 \pm 7,9$ года) из общей популяции г. Москвы, употребляющих алкоголь (Z72.1 по МКБ-10), но не имеющих верифицированного синдрома зависимости. Методики исследования: «Шкала одиночества Калифорнийского Университета» (UCLA-LS, The University of California, Los Angeles, Loneliness Scale, D. Russell, L.A. Replau, M.L. Ferguson) в адаптации Т.Ю. Лапшиной и «Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями» (WCQ, Ways of Coping Questionnaire, S. Folkman, R.S. Lazarus) в адаптации Л.И. Вассермана с соавт.. Для статистической обработки использовался пакет программ «SPSS, version 20».

Результаты. Переживание чувства социального одиночества статистически достоверно ($p < 0,004$) выше в первой группе женщин ($23,13 \pm 14,44$ балла) по сравнению с женщинами из второй группы ($12,77 \pm 6,05$ балла). Группы статистически достоверно не различаются по выраженности стратегий совладающего поведения. Однако, в первой группе женщин в репертуаре стратегий совладающего поведения незначительно преобладали конфронтация ($56,10 \pm 12,00$ Т-балла) и бегство-избегание ($55,97 \pm 13,27$ Т-балла), во второй группе женщин - незначительно преобладали положительная переоценка ($54,97 \pm 10,13$ Т-балла) и дистанцирование ($54,63 \pm 9,45$ Т-балла). Переживания чувства социального одиночества в первой группе женщин достоверно связано с малоадаптивными стратегиями совладающего поведения бегства-избегания и конфронтации, во второй группе женщин – достоверно связаны с адаптивными стратегиями совладающего поведения принятия ответственности, самоконтроля и поиска социальной поддержки.

Одной из задач социальной психиатрии и наркологии является своевременная диагностика переживания чувства социального одиночества и способов совладания с ним, их коррекция в рамках вторичной профилактики алкоголизма у женщин, а также коррекция данных переживаний и копинг-стратегий в рамках лечебно-реабилитационного процесса как форма третичной профилактики зависимого от алкоголя поведения женщин.

РАЗВИТИЕ ПОМОЩИ ПРИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Колчанова Т.Г., Сахаров А.В., Ступина О.П.

ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», г. Чита,
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Чита
sawt@list.ru

Забайкальский край всегда отличался высокими показателями смертности по причине самоубийств: в 80-90-е годы прошлого века он составлял около 40,0 на 100 тыс. человек населения, а с 1993 г. составляет более 60,0 на 100 тыс. (максимум был зарегистрирован в 2002 г. – 93,4 на

100 тыс.). В последнее десятилетие отмечалось снижение смертности от суицидов, но регион по-прежнему входит в группу субъектов Российской Федерации с высокой смертностью населения по этой причине. В 2015 г. в крае вновь зарегистрирован рост самоубийств – 548 случаев (показатель 50,3 на 100 тыс.). Частота завершённых суицидов в регионе в 2015 г. в 2,9 раза выше среднероссийской и в 2,0 раза выше, чем в Сибирском Федеральном Округе.

В связи с этим, по-прежнему являются актуальными вопросы организации оказания суицидологической помощи населению Российской Федерации. Во многих территориях страны до настоящего времени этот вид комплексной медицинской и психологической помощи организован лишь частично, или полностью отсутствует, тогда как сегодня особое значение имеет наличие специальных служб и профессионалов, которые способны оказать квалифицированную помощь лицам в кризисных ситуациях.

До июля 2014 г. в Забайкальском крае суицидологическая служба не была организационно обозначена. Однако данный вид специализированной помощи населению оказывался различными ведомствами, в том числе работающими в системе Министерства образования и Министерства социальной защиты населения. Звенья суицидологической службы в крае были представлены, но такие основные принципы оказания данного вида помощи, как комплексность, преемственность и этапность не всегда соблюдались в силу разной ведомственной принадлежности и, как следствие, страдала эффективность. Учитывая это обстоятельство, и с целью совершенствования системы кризисной помощи возникла необходимость принятия дополнительных мер, направленных на снижение уровня самоубийств.

Так, в 2010 г. в Забайкальском крае был создан межведомственный Координационный совет по профилактике кризисных состояний и суицидального поведения. На региональном уровне была разработана краевая долгосрочная целевая программа «Комплексные меры по профилактике суицидального поведения», рассчитанная на 2013-2015 гг. Начал выстраиваться процесс межведомственного взаимодействия с целью улучшения оказания помощи суицидентам, положено начало сбору информации о распространённости суицидального поведения.

При этом с июля 2014 г. наступил новый этап процесса улучшения качества и доступности помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением в Забайкалье: в рамках реорганизации психиатрической службы на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского» (введена в 2013 г.) была создана полноценная Кризисная служба. В составе новой службы стали функционировать отделение «Телефон Доверия», кабинеты медико-социально-психологической помощи, кризисные койки с различными вариантами пребывания. Кроме того, распоряжением правительства Забайкальского края № 504-р от 25 августа 2014 г. утверждена Межведомственная комиссия по профилактике кризисных состояний и суицидального поведения на территории Забайкальского края.

Таким образом, в Забайкальском крае в 2014 г. в рамках реорганизации оказания психиатрической помощи была создана полноценная Кризисная служба, стал выстраиваться процесс межведомственного взаимодействия с другими заинтересованными ведомствами. При этом стоит отметить, что после отчетливого снижения самоубийств в регионе, в 2015 г. наблюдается вновь рост смертности по этой причине, а имеющиеся показатели существенно превышают аналогичные по Российской Федерации и Сибирскому Федеральному округу. Поэтому необходимо продолжать начатые мероприятия по улучшению качества и доступности помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СОТРУДНИКОВ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ РКПБ № 1 МЗ РБ

Кондрашова С.С., Захарова Г.Г., Валинуров Р.Г., Еникеев А.Р.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики

Башкортостан, г. Уфа

lan.7777@yandex.ru

Профессиональное выгорание (синдром эмоционального выгорания - СЭВ) - это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов сотрудника. Развитию СЭВ предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощён работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о

собственных нуждах, а затем наступает первый признак - истощение. Вторым признаком СЭВ является личностная отстраненность. Третьим признаком является ощущение утраты собственной эффективности или падение самооценки в рамках выгорания.

В процессе профессионального выгорания личностью вырабатывается механизм психологических защит, позволяющий устранить или свести к минимуму неприятные чувства, в форме полного или частичного исключения эмоциональных откликов в ответ на служебные конфликтные ситуации.

Целью исследования было эмпирическое изучение личностных черт, соответствующих разным уровням профессиональной реализации судебных экспертов, судебных психологов. Решались следующие задачи: оценить и сравнить состояния и свойства личности, имеющее первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения личности в различных жизненных ситуациях.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 15 человек, работающих в отделениях судебно-психиатрической экспертизы РКПБ № 1 МЗ РБ. года. В соответствии с задачами исследования выборка была разделена на две примерно равные группы: в первую вошли врачи (специалисты) – 11 человек; вторую группу составили судебные психологи – 4 человека.

Результаты. В фазе «напряжение» и у судебных экспертов, и у судебных психологов наиболее выраженным симптомом является «переживание психотравмирующих обстоятельств». Фаза «резистенция» является наиболее сформированной в обеих группах. Это значит, что судебные эксперты выработали индивидуальные способы эффективной психологической защиты от ежедневного стресса, связанного с профессиональной деятельностью. У 45,5% судебных экспертов и 33,3% судебных психологов имеют доминирующий симптом «неадекватное эмоциональное реагирование», а также 36,4% судебных экспертов – «редукция профессиональных обязанностей», и 29,5% судебных экспертов имеют доминирующий симптом «расширение сферы экономики эмоций». Единственный симптом, более выраженный у судебных психологов, чем у судебных экспертов, – «эмоциональная отстраненность». Позиция судебных психологов, заключающаяся в эмоциональной отстраненности от рабочих стрессов, является профилактическим фактором профессионального выгорания.

Результаты исследования говорят о том, что судебные психологи менее подвержены профессиональному выгоранию. Для судебных экспертов и для судебных психологов свойственно преобладание фазы «резистенция» в общем адаптационном синдроме – функционирование в стрессовых условиях, ставших нормой, что не влияет на удовлетворенность работой и социально-психологический климат коллектива.

НЕОГРАНИЧЕННОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Кони́на М.А., Холмогорова А.Б.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ
г. Москвы

muza-@list.ru

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

kholmogorova@yandex.ru

Неограниченное сексуальное поведение (сюда входят раннее начало сексуальной жизни, общее число сексуальных партнеров и промискуитет – неупорядоченные сексуальные связи) является феноменом современной культуры. Такое поведение оказывает негативное влияние на здоровье человека, связано с патологизацией психики и другими социальными феноменами, такими как разрушение института семьи и брака, асоциальное поведение. Наши исследования, проведенные в 2013-2016 гг., выявили высокую распространенность неограниченных социально-сексуальных стратегий в современном российском обществе, а также их связь с психическим здоровьем человека. В популяционной выборке (N=492) установлено, что 16,7 % от общего числа опрошенных склонны к промискуинному сексуальному поведению, то есть вступают в сексуальные отношения с пятью и более разными партнерами в течение года. Более 50 % опрошенных считают нормальным секс без любви, а 66,5 % - секс без серьезных отношений. Связь между показателями стратегий неограниченного сексуального поведения и показателями выраженности дисфункциональных

убеждений при расстройствах личности были установлены в двух, не связанных друг с другом выборках. В популяционной выборке (N=492) установлены обратные связи между показателями стратегий неограниченного сексуального поведения и показателями зависимости, которая рассматривалась как один из факторов пограничного личностного расстройства. В части выборки, отобранной из популяционной, на основании повышенных показателей по шкале пограничного расстройства личности (N=67), выявлена прямая значимая связь между такими показателями пограничного расстройства личности, как импульсивность и неограниченность сексуального поведения (общий индекс социально-сексуальных стратегий) и обратная связь между показателем импульсивного поведения и показателем продолжительности постоянных сексуальных связей.

В группе мужчин с неограниченным сексуальным поведением (N=50), отобранных по критерию наличия более 5 сексуальных партнерш за последние 12 месяцев, показатель неограниченного сексуального поведения, отражающий наличие убеждений о приемлемости неограниченного сексуального поведения, связан с выраженностью убеждений, свойственных зависимому, обсессивно-компульсивному, антисоциальному, шизоидному и параноидному расстройствам личности. В этой же выборке выявлены прямые статистически значимые связи симптоматических показателей психической патологии с показателями неограниченного сексуального поведения. Показатели симптоматической шкалы HOS (враждебность, агрессия по отношению к окружающим) и PAR (подозрительность, параноидное мышление) связаны с показателями неограниченного сексуального поведения, которые вместе с общим индексом социально-сексуальных стратегий связаны с одним из общих показателей уровня психопатологической симптоматики: чем в большей степени у мужчины выражена психопатологическая симптоматика, тем в большей степени он склонен придерживаться стратегий неограниченного сексуального поведения.

Полученные данные ставят вопрос необходимости привлечения внимания специалистов и общества к проблеме сексуальной неограниченности и влияния промискуитета на психическое здоровье человека, а также поиска возможных путей регуляции сексуального поведения в современном обществе.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Коновалова О.Ю., Бойко Е.О., Сурикова В.В., Шейх-Заде В.Ф.

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Краснодар
qwerty150590@mail.ru

Проблема расстройств личности актуальна в разные возрастные периоды. Расстройство личности является одной из основных причин освобождения от службы в армии в Краснодарском крае, и за последние десять лет число призывников, комиссованных с диагнозом «Расстройство личности», возросло в 2,5 раза с 9,1% в 2004г. до 22,5% в 2014г. от общего числа освидетельствованных.

Цель исследования: выявление клинико-эпидемиологических особенностей расстройств личности у лиц призывного возраста в Краснодарском крае.

Материалы и методы. Обследованы 332 призывника, поступившие в ГБУЗ «СКПБ№1» по линии районных военных комиссариатов. Средний возраст составил 19,4±0,4 лет. Для оценки психического здоровья лиц призывного возраста и выявления у последних эмоционально-неустойчивых черт были использованы: клинический метод исследования (сбор анамнестических сведений; анкета родителей; характеристика с места учебы; оценка психического статуса испытуемого) и патопсихологическое исследование (тест Векслера, исследование пиктограмм, цветной тест Люшера).

Результаты. Среди обследованных наследственная отягощенность встречалась в 58 (17,5%) случаях: из них алкоголизм родителей – 32 (55,2%), суицид близких родственников – 7 (12,1%), наркомания – 2 (3,5%). В сельской местности проживали 194 призывника (58,4%), в городской - 138 (41,6%). В полных семьях воспитывались 174 (52,4%) подростка (из них в многодетных семьях – 21 (12,0%)), неполных – 114(34,3%), воспитанники детских домов – 44(13,3%). Снижение социальной адаптации наблюдалось с начала школьного обучения: 29 призывников (8,7%) дублировали классы, 31 (9,3%) - обучались по коррекционной программе, 8 (2,4%) не имеют основного общего образования; 86 (25,9%), получив основное общее образование, в дальнейшем обучение не

продолжили. На момент обследования 182 (54,8%) призывника были учащимися, 55 (16,6%) - трудоустроены, 95 (28,6%) - не были заняты трудом (нигде не работали и не обучались). У 106 (32,0%) обследованных в анамнезе встречались аутоагрессивные действия, представленные в 90 (84,9%) случаях самопорезами, спровоцированными межличностными конфликтами (семейными - 18(20%), в сфере гендерных отношений - 47(52,22%)). Средний возраст совершения аутоагрессивных действий составил $15,6 \pm 0,3$ лет. В 27 (30,0%) эпизодах самопорезы были нанесены в состоянии алкогольного опьянения. В 72 (80,0%) случаях аутодеструктивное действие было единичным и в 18 (20,0%) – повторным. Прослеживалась тенденция употребления алкогольных напитков у 33 (9,9%) лиц призывного возраста с наличием эмоционально-неустойчивых черт, а так же токсических веществ у 10 (3,0%) обследуемых. Доля пациентов с расстройством личности, имевших судимость, составляет 12,9% (43 человека – из них 33 (76,7%) за кражу и 10 (23,3%) за поби).

Высокий уровень употребления психоактивных веществ, совершения противоправных и аутоагрессивных действий, характерное снижение социальной адаптации лиц с расстройством личности требует совершенствования мер профилактики применительно к данному контингенту.

ЧАСТОТА ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БЫВШИХ ПАЦИЕНТОВ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Коноркина Е.А., Басинская И.А., Коломиец В.М.

ФКУ «Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России, г. Орел

konorkina2012@yandex.ru

В Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением (ОПБСТИН) с 2006 г. разработан и внедрен комплексный подход к лечению и реабилитации больных, сочетающий три основных вида воздействия: биологический, психологический и социальный. Этот подход позволяет замедлить когнитивно-мнестическое снижение, организует психологическое равновесие и социальное функционирование человека. Взаимодействие врача-психиатра, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, социального работника, среднего медперсонала и других специалистов позволяет осуществлять бригадный подход в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. При этом действенность психосоциальной реабилитации изучена лучше, чем эффективность. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации лежат в сфере клинических оценок, социального функционирования и объективного опыта. Эффективностью можно считать улучшение социального функционирования, качества жизни психически больных, снижение риска совершения общественно опасных деяний (ООД).

Был проведен анализ контингента, поступившего на принудительное лечение в ОПБСТИН за период с 2011 г. по 2015 г. с определением доли повторных госпитализаций бывших пациентов больницы. Из числа больных, поступивших на принудительное лечение в ОПБСТИН, ранее находилось на принудительном лечении в стационарах различного типа в 2011 г. – 16 человек (13,4%), в 2012 г. – 17 (18,1%), в 2013 г. – 12 (11,4%), в 2014 г. – 21 (20,2%), в 2015 г. – 30 (24,4%). Из них ранее проходили лечение в ОПБСТИН: в 2011 г. – 16 пациентов (100%), в 2012 г. – 11 (64,7%), в 2013 г. – 8 (66,7%), в 2014 г. – 13 (61,9%), в 2015 г. – 17 пациентов (56,7%). Таким образом, при увеличении за период 2011 – 2015 гг. доли повторно поступивших на принудительное лечение, наблюдается снижение доли пациентов, ранее проходивших лечение в ОПБСТИН. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что у психически больных, находившихся ранее на лечении в ОПБСТИН, риск повторного совершения ООД ниже по сравнению с пациентами других больниц. Частота повторных госпитализаций бывших пациентов может являться показателем эффективности лечебно – реабилитационной деятельности стационара с использованием бригадного метода работы.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Корень Е.В., Куприянова Т.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
evkoren@yandex.ru, anna_gorbunova@list.ru

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация детей и подростков характеризуется рядом существенных отличий от реабилитации взрослых больных, обусловленных влиянием возраста и наличием фактора развития. На первый план выходит требование обеспечения наиболее приемлемых условий для гармоничного психического развития ребенка (ВОЗ, 2004), понимаемое как результирующий итог усилий разных специалистов, работающих с детьми и подростками в сфере психического здоровья, а также особое внимание обращено к повышению уровня социального функционирования и качества жизни, соответствующих развитию концепции «функционального» выздоровления.

В детской психиатрии, с учетом определяющей роли родителей и ближайшего окружения в развитии детей и их последующей жизненной траектории, активное участие больного в лечении и реабилитации преломляется через необходимость «делегирования полномочий» родителям, с одновременным усилением их роли в совместном построении индивидуальных программ помощи ребенку и участием в лечебно-реабилитационном процессе и одновременно с повышением ответственности за эффективность помощи и результаты мультидисциплинарной работы с детьми и подростками.

Тем самым делается акцент на мультимодальном характере вмешательств, основанных на комплексной оценке клинико-социальных потребностей детей и родителей, направленных на преодоление психосоциальной дезадаптации в основных сферах функционирования ребенка.

Диктуемая этим необходимость рассмотрения психосоциальной дезадаптации детей и подростков с психическими расстройствами как «дефицитарного» результата негативного влияния психического расстройства, и одновременно как процесса нарушения психического развития, искажающего социализацию и способствующего фиксации неадаптивных форм эмоционального и поведенческого реагирования, препятствующих усвоению нового опыта с учетом возрастных потребностей, влечет за собой развитие мультидисциплинарной диагностики как этапа психосоциальной реабилитации, в том числе, в контексте оценки ресурсов психического здоровья для преодоления последствий имеющегося расстройства и достижения оптимального возрастного уровня социального функционирования.

Это позволяет объединить на практике профилактическую, лечебно-реабилитационную и ресоциализирующие составляющие психосоциальной реабилитации и определить ориентиры для реорганизации служб психического здоровья детей и подростков на основе поиска «мостиков» для объединения усилий специалистов и «единого ключа» к пониманию проблем ребенка в структуре мультидисциплинарной (бригадной) работы с одновременным разделением «зон ответственности» профессионалов, работающих с детьми, что является обязательным условием повышения эффективности оказываемой комплексной помощи.

ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ОБВИНЯЕМЫХ САМОСТОЯТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ СВОЕ ПРАВО НА ЗАЩИТУ

Корзун Д.Н.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
dnk-k@yandex.ru

Необходимость судебно-психиатрической экспертной оценки уголовно-процессуальной дееспособности (УПД) определяется ч. 3 ст. 196 УПК РФ, которая предусматривает обязательное назначение экспертизы при возникновении сомнений в способности обвиняемого (подозреваемого) самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве. Федеральный закон N 323-ФЗ от 29.11.2010 г. «О внесении изменений в уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» предусматривает дифференцированный подход к участию в судопроизводстве лиц, признанных невменяемыми. Судебно-психиатрическая экспертная оценка

УПД, таким образом, представляет собой отдельную экспертную задачу и имеет собственную методологию.

Статья ст. 51 УПК, предусматривающая обязательное участие защитника, не выводит обвиняемого (подозреваемого) из производства по уголовному делу. При этом из формулировки п. 3 ч. 1 ст. 51 УПК следует, что речь идет о таких психических недостатках, в силу которых обвиняемый (подозреваемый) не может самостоятельно осуществлять свое право на защиту, т.е. эта способность возникает у него только при участии защитника. Законодателем закреплена функция защитника (адвоката) по оказанию помощи подзащитному. Помощь защитника может касаться не только выработки линии защиты, но и восполнения дефицита понимания обвиняемым роли доказательств, результатов экспертиз, деталей следственных действий и пр. При этом одной из функций защитника становится коррекция недостатков, слабых звеньев в защите обвиняемого (подозреваемого).

Общий подход к оценке способности лица к осознанию и регуляции юридически значимого поведения заключается в анализе влияния значимых параметров психопатологического синдрома на осознание и регуляцию деятельности по принятию юридически значимых решений и их реализации на смысловом и целевом уровнях. Нарушение смыслового уровня регуляции юридически значимого поведения не может быть компенсировано участием защитника, а потому является основанием для экспертного вывода о неспособности обвиняемого (подозреваемого) понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, и, соответственно, неспособности самостоятельно совершать действия, направленные на реализацию процессуальных прав и обязанностей. В ряде случаев обвиняемому (подозреваемому) доступно понимание смысла уголовного судопроизводства, своего процессуального положения, необходимости защиты своих прав, однако возможность их реализации оказывается нарушенной в силу психических расстройств, обуславливающих невозможность удерживать единую линию поведения, противостоять внешним воздействиям и влияниям, отстаивать свои интересы в сложных ситуациях, контролировать внешние проявления эмоций и преодолевать аффективно обусловленную дезорганизацию деятельности. При этом нарушенные на целевом уровне звенья регуляции юридически значимого поведения по защите обвиняемым своих прав могут быть компенсированы участием защитника.

Экспертной моделью рекомендации применения п. 3 ч. 1 ст. 51 УПК РФ в рамках психиатрической компетенции является сохранность регуляции деятельности на смысловом уровне при нарушении вследствие психического расстройства целевого уровня регуляции (либо прогнозирование высокой вероятности ее нарушения).

ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Корнеева Е.Г., Тарханов В.С.

ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань
savvich-65@mail.ru

Изученные данные о структуре и динамике инвалидности вследствие психических заболеваний за временной период с 2013 г по 2015 г. позволили сформулировать проблемы инвалидизации пациентов в Астраханской области.

Увеличение числа инвалидов по психическому заболеванию в Астраханской области соответствует динамике этого показателя по стране в целом и за счет взрослого контингента психически больных лиц (включая пациентов старше 60-летнего возраста). Инвалидизация пациентов, проживающих в сельских районах, наступает на 5-6 лет раньше, чем в г. Астрахани, что требует оценки эффективности работы психиатрических служб на селе. Инвалидизация пациентов мужского пола развиваются на 5-6 лет раньше, чем инвалидизация у женщин.

Наиболее частыми причинами наступления инвалидности по психическому заболеванию у взрослых являются шизофрения, умственная отсталость и психические расстройства органической природы. В детском возрасте основной причиной наступления инвалидности является умственная отсталость.

Следует больше внимания уделять преемственности в лечении пациентов, являющимися инвалидами по психическому заболеванию, расширяя список бесплатных жизненно необходимых

лекарственных средств для такого рода пациентов, осуществлять более тщательный контроль по организации и осуществлению поддерживающей терапии (особенно в сельских районах).

Рост числа инвалидов в регионе заставляет обратить особое внимание на создание в регионе инновационных реабилитационных структур, предусмотренных приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 N 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» и восстановление специализированных предприятий и лечебно-трудовых мастерских.

Исходя из высокой социальной значимости мероприятий по содействию в трудоустройстве инвалидов, перед регионом стоит задача повышения уровня трудоустройства инвалидов по всем категориям безработных граждан. Для этого требуется создать условия для инвалида, способного и желающего работать, при которых он сможет найти свою профессиональную траекторию и трудоустроиться на адаптированное к его специальным потребностям рабочее место. Даже при наличии вакансий и квотировании рабочих мест трудоустройство инвалидов затруднено. Причинами являются отсутствие достаточного количества специальных рабочих мест на предприятиях, приспособленных для работы инвалида, а также отсутствие у работодателей стимулов для приема на работу инвалидов.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕПРЕССИЙ И СУИЦИДОВ

Корнетов Н.А.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет», г. Томск

korn@mail.tomsknet.ru

Депрессивными расстройствами (ДР) разной степени тяжести страдают в мире 300 млн. человек, из них более 800 тыс. совершают самоубийство. Наиболее важной и научно-обоснованной программой распознавания депрессий врачами всех специальностей и профилактики суицидов является следующая концепция модернизации в сфере охраны психического здоровья:

1. Улучшение условий воспитания детей и молодежи, гармонизация психофизического развития, ранняя специализированная помощь при соматических, аффективных, когнитивных, поведенческих нарушениях.
2. Мониторинг популяционных и антропоцентрических факторов риска окружающей среды.
3. Распространение информации и стремление к многостороннему пониманию самоубийства без экзотического привлечения внимания для населения.
4. Контроль доступа к огнестрельному оружию, токсическим веществам и лекарствам.
5. Создание 3-х звеньевой социально-психологической службы: «экстренная телефонная психологическая помощь», кабинет антикризисной психотерапии, койки кризисной интервенции и дочерние службы в сельской местности.
6. Обучение распознаванию и терапии депрессивных и других психических расстройств специалистов общемедицинских учреждений, психологических и социальных служб.
7. Образовательные программы для школьных психологов и учителей, преподавателей ВУЗов.
8. Снятие тайны и клейма вокруг мифов о суицидальном поведении в сетевых образовательных системах.
9. Четырехмодульное образование по программе Всемирной психиатрической ассоциации и Международного комитета по профилактике депрессий (русская версия). Внедрение данной программы на базах городских поликлиник и центров первичной медицинской помощи является эффективным способом раннего выявления ДР и профилактики суицидов. Обучение врачей данным навыкам основывается на обсуждении признаков депрессии и выявлении суицидальных мыслей, замыслов, самоповреждений в прошлом. После того как индивид с депрессией раскрывает свои тяжелые переживания и чувства, риск совершить самоубийство существенно снижается.
10. Широкое применение эффективных селективных антидепрессантов в первичной медицинской сети вместо бензодиазепиновых препаратов и неселективных тимоаналептиков в субпороговых дозах.
11. При симптомах депрессии обсуждение пессимистических мыслей, переживания безысходности, всепроникающего чувства вины, рекуррентных суицидальных мыслей и замыслов.

Разработка проблемы депрессии и создание в 1987 г. в г. Томске первой региональной антикризисной суцидологической службы в Российской Федерации позволило снизить показатели частоты суицидов в Томской области до уровня 20,5 на 100 тыс. населения в 2014 г.

К ВОПРОСУ ОБ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Корнилова С.В., Лаврущик М.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
sveta-korn@mail.ru

Цель исследования: провести анализ патохарактерологических особенностей больных эпилепсией при совершении общественно опасных деяний.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных эпилепсией, среди них 18 были признаны «ограниченно вменяемыми» с диагнозом: «Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией» с длительностью заболевания от 11 до 20 лет. Использован клинко-психопатологический метод исследования.

Результаты. Выделено 2 группы больных: с преобладанием эксплозивных (65%) и глишроидных личностных черт (35%). У подэкспертных с преобладанием эксплозивных личностных черт наблюдалась обидчивость (90%), злопамятность (91%), жестокость и агрессивность (73%), обостренная нетерпимость к несправедливости (55%), эгоцентричность (45%), придирчивость (36%). Правонарушения совершались в условиях конфликтной ситуации, спровоцированной поведением потерпевших, среди которых преобладали лица из ближайшего окружения (72%). Реализация агрессии происходила непосредственно вслед за оскорблением, неповиновением жертвы (82%). Эмоциональное состояние подэкспертных в момент совершения агрессивных действий характеризовалось повышенной раздражительностью, злобой, застойностью эмоционально насыщенных переживаний. Отмечалась неадекватная самооценка, непонимание мотивов поступков и эмоций других людей, склонность к формированию труднокорректируемых суждений. Наличие подозрительности, мнительности приводило к тому, что даже нейтральные стимулы воспринимались больными как угрожающие и обуславливали закрепление агрессивных форм реагирования в качестве стереотипов разрешения любых конфликтных ситуаций. Во второй группе преобладали глишроидные личностные черты в виде повышенной мнительности (83%), тревожности в сочетании с отвлекаемостью (67%), нарастающей замедленностью (84%), тугоподвижностью и инертностью мыслительных процессов (67%). У данных больных отмечалась задержка психического развития (67%), что приводило к появлению незрелости, поверхностности суждений с повышенной внушаемостью, подчиняемостью, ригидностью эмоциональных реакций со склонностью к фиксации на негативных переживаниях. В отличие от больных первой группы в 50% случаев они совершали имущественные правонарушения, мошеннические действия. При совершении преступлений против личности конфликтная психогенно-травмирующая ситуация возникала с последующей отсроченной агрессией (33%) при накоплении обиды или в качестве защиты, когда поведение потерпевших воспринималось как угрожающее. В 30% случаев подэкспертные совершали противоправные действия с соучастниками, что подтверждает их внушаемость, склонность к реакциям подражания. При формально сохранных интеллектуальных способностях больные часто в силу торпидности и труднопереключаемости мышления были не способны принять адекватное решение и выработать эффективную стратегию поведения.

Таким образом, характерные для эпилептического процесса психические расстройства, и в первую очередь патохарактерологические особенности, оказывают существенное влияние на поведение подэкспертных в инкриминируемых ситуациях, что приводит к ограничению способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими и, что наиболее актуально у данных больных – адекватно прогнозировать последствия совершенного.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСДЕЛКОСПОСОБНОСТИ

Королева Е.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии

им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

j209@yandex.ru

Одним из важнейших направлений экспертологии является повышение обоснованности экспертных заключений. В связи с этим большое внимание уделяется анализу соотношения психопатологических расстройств с интеллектуальным и волевым компонентами несделкоспособности. С учетом вышеуказанного нами было выделено экспертное понятие «медицинский критерий несделкоспособности» как предмет исследования при проведении судебно-психиатрической экспертизы по аналогии с категориями невменяемости и недееспособности. Несделкоспособность включает в себя признак динамичности и ретроспективной оценки применительно к определенному юридически значимому действию, определяет необходимость анализа особенностей течения психического расстройства с моделированием психического состояния на период заключения сделки и способности к свободному волеизъявлению в этой ситуации. Содержание медицинского критерия несделкоспособности определяют собственно психические расстройства, с учетом личностных и социальных характеристик. Структура медицинского критерия несделкоспособности представлена хроническими психическими расстройствами, проявляющимися галлюцинаторно-параноидным и параноидным синдромами при шизофрении, а также синдромом деменции при органических психических расстройствах и синдроме зависимости от алкоголя. В этом случае выраженность психопатологических расстройств, приводящая к нарушению способности осознавать внешнюю сторону юридически значимых событий, понимать значение своих действий и, соответственно, руководить ими, в определенной мере соответствует категории недееспособности. В отличие от категории недееспособности, которая исчерпывается тяжелыми хронически протекающими психическими расстройствами, медицинский критерий несделкоспособности включает временные и протекающие по типу динамических сдвигов с ведущим депрессивным, тревожным и психоорганическим синдромом. При этом влияние психопатологических расстройств сказывается в нарушении способности осознавать содержательную сторону юридически значимых событий, то есть юридическое значение сделки, ее вид и юридические последствия, а также социальное значение сделки, проявляющееся неспособностью понимания социального смысла сложившейся ситуации и своей роли в ней, а также социальных последствий сделки. Нарушение волевого компонента проявляется снижением способности к личностно-мотивационной регуляции поведения при заключении сделки, адекватному формированию цели сделки. В данной экспертной ситуации категория несделкоспособности в значительной мере соотносится с категорией ограничения дееспособности, согласно которой гражданин вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или/и руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности в установленном законом порядке и совершать сделки с письменного согласия попечителя.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ

Короткевич Т.В., Кралько А.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск,

Республика Беларусь

kralko@tut.by

Проблема развития института социального партнерства в последние годы получила особую актуальность, так как усилилось внимание государства к социальной защите и поддержке граждан, попавшим в трудную жизненную ситуацию. Международная практика показывает, что в решении проблем социальной сферы значительную роль играет сотрудничество трёх секторов: государственного, коммерческого и негосударственного.

Одним из актуальных направлений в современных условиях является комплексная реабилитация лиц, страдающих зависимостями от психоактивных веществ (ПАВ), которая начинается в организациях здравоохранения. Это могут быть как специализированные организации

наркологического профиля, так и коммерческие медицинские центры. Согласно рекомендациям Управления по наркотикам и преступности ООН общественные организации должны осуществлять первичное информирование и постреабилитационный патронаж, а проведение реабилитационных программ должно находиться в компетенции специализированных медицинских учреждений. Однако реабилитация зависимых от ПАВ не может быть исключительно медицинской, практически на всех этапах реабилитационного процесса присутствует социальный компонент, поэтому большинство специализированных программ реабилитации являются программами медико-социальной реабилитации, которые могут с успехом реализовываться как организациями здравоохранения, так и общественными организациями с привлечением медицинских работников.

В настоящее время в республике в специализированных наркологических и психиатрических организациях здравоохранения развернуто 225 коек для проведения на них реабилитационных мероприятий для наркологических пациентов. Вместе с тем, потребность в реабилитационной помощи существует постоянно, поэтому субъектами реабилитации выступают различные общественные, религиозные объединения, благотворительные организации и фонды. В Республике Беларусь только начинает складываться система социального партнёрства в области реабилитации лиц, зависимых от ПАВ. Ведущей формой социального партнёрства выступает социальный проект.

Социальная реабилитация лиц с зависимостью от ПАВ будет эффективна, если: будут учитываться индивидуальные особенности зависимого, его проблемы и потребности; у зависимого появится возможность выбора реабилитационной программы; реабилитационные программы будут осуществляться на базе как государственных, так и негосударственных учреждений и организаций; государственные и негосударственные организации станут тесно сотрудничать на разных этапах социальной реабилитации.

Таким образом, институт социального партнёрства государственных и негосударственных организаций в области социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, требует дальнейшего развития. Одним из первых шагов для этого может быть углубленный анализ имеющихся возможностей и потенциала общественных и коммерческих организаций, вовлеченных в реабилитационный процесс. Важным элементом является мониторинг клинических и социально-экономических результатов реабилитационных программ.

О КАДРОВОМ ПОДБОРЕ СПЕЦИАЛИСТОВ НА КАФЕДРЕ ФПК И ППС

Косенко В.Г., Косенко Н.А., Агеев М.И., Шулькин Л.М.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар
shulkin_m@mail.ru

Проведен анализ и описаны особенности подбора профессорско-преподавательского состава с учетом профильной специфики психиатрической кафедры. Так, в настоящее время, на кафедре психиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (ФПК и ППС) осуществляется подготовка специалистов в клинической ординатуре, интернатуре, профессиональная переподготовка (ПП) (576 часов) и одно-двухмесячных циклов повышения квалификации (ПК), в зависимости от тематического расписания разной продолжительности (144-248 часов) по враческим специальностям: психотерапия, психиатрия-наркология, судебно-психиатрическая экспертиза и психиатрия (кроме ПП).

Согласно штатного расписания на кафедре предусмотрено 7 должностных единиц: 1 зав. кафедрой, 2 доцента, 3,75 ставки ассистента, 0,25 ставки для подготовки аспирантов.

С целью максимального приближения к нынешним реалиям практической деятельности врачей, обучающихся в клинической интернатуре, ординатуре и аспирантуре и повышающих свою квалификацию на тематических циклах (ПП и ПК) по вышеуказанным специальностям кафедра целенаправленно приглашает внешних совместителей из числа наиболее авторитетных и высококвалифицированных специалистов, имеющих, в том числе и ученые степени (к.м.н., д.м.н.) из практической психиатрии, наркологии, психотерапии.

Так, на семи нормативно штатных единицах, предусмотренных кафедре на 2015-2016 г. работает 11 физических лиц. Из них три заведующих отделениями психиатрических учреждений, а так же по одному из краевого наркологического диспансера, медицинской службы высшего военного учебного заведения и частно-практикующий врач-психотерапевт.

Как показывает наш многолетний опыт (более 15 лет), использование высококвалифицированных специалистов из практического здравоохранения для подготовки профессиональных кадров и периодического повышения их квалификации является наиболее результативным для последующей их работы, как в стационарной, так и во внебольничной сети специализированных учреждений различной ведомственной принадлежности.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОРДИНАТУРА НА КАФЕДРЕ ФПК И ППС КАК ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА

Косенко Н.А., Ломакина, С.А., Фарафонов Г.В., Шутькин Л.М., Агеев М.И.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар
shulkin_m@mail.ru

В соответствии с поручением председателя правительства РФ от 26.09.13 г. № ДМ-П13-6885 «Об утверждении стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период» государство устанавливает образовательные стандарты и типовые образовательные программы, целью которых является усовершенствование системы непрерывного медицинского образования.

На кафедре психиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (ФПК и ППС) разработаны и утверждены инновационные учебные модули (разделы) дисциплин для осуществления подготовки в клинической ординатуре, в которых предусмотрены лекционные и семинарские часы, а так же практические занятия и самостоятельная работа.

В течение двухлетнего обучения в клинической ординатуре по специальности «психиатрия» они изучают разработанные новые модули, которые включают в себя на первом году обучения: организация психиатрической помощи; пропедевтика психиатрии; общая психопатология; частная психиатрия; терапия психических расстройств. Модули, преподаваемые на втором году обучения: общие вопросы наркологии; психопатологические симптомы и синдромы в детском и подростковом возрасте; вопросы военной, судебно-психиатрической и медико-социальной помощи; методы диагностики различных форм психической патологии.

В подготовку клинических ординаторов так же включен раздел «Клиническая психология» (36 часов). Так же, на втором году обучения существуют дисциплины по выбору: геронтопсихиатрия и сексопатология (всего 72 часа), практика с использованием симуляционных технологий и в отделениях экстренной и плановой психиатрии. Клинические ординаторы проходят обучение на клинических базах краевых психиатрических учреждений, где они изучают не только теоретические вопросы, но в большей степени осваивают практические навыки в отделениях реанимации, интенсивной терапии, физиотерапии (владение методиками эфферентной терапии, барооксигенации, рефлекс-, и магнитотерапии), общей и судебной психиатрии, пограничных состояний, в тско-подростковых отделениях. Подобный подход к обучению на базе профильных краевых и ведомственных учреждений позволяет подготовить специалистов на достаточно высоком уровне.

О ВОЗМОЖНОЙ РОЛИ ДИССОЦИАТИВНЫХ МЕХАНИЗМОВ В ФОРМИРОВАНИИ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Кочеров С.В., Шиланкова С.О.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново
DanceOfHorse@gmail.com

Традиционно в психиатрии принято оценивать симптоматику психических расстройств в соответствии со структурными особенностями: симптом, синдром, синдромокинез и т.д. Однако психопатологические симптомы имеют и содержательную сторону – содержание галлюцинаций, иллюзорных восприятий, бредовых идей и т.п. У больных с одним и тем же диагнозом, с одними и теми же синдромальными проявлениями могут быть совершенно разные симптомы по содержанию. Возникает вопрос, чем определяется содержательная сторона психопатологической симптоматики. Одним из возможных механизмов может быть развивающиеся в процессе болезни диссоциативные механизмы психики – это механизмы психической дезинтеграции, распада единого психического функционирования на ряд отдельных обособленных, не зависящих друг от друга частей. Наиболее

ярко и отчетливо диссоциативные механизмы проявляют себя в структуре пограничной патологии: истерические (диссоциативные) состояния, в структуре некоторых видов расстройств личности, особенно отчетливо при синдроме множественной личности. В этих случаях складывается впечатление, что отдельные части психического аппарата функционируют как самостоятельные центры, свое собственное «Я», имеют свои жизненные цели, сценарий, волю. Чаще всего эти субличности подчинены главной, ведущей, которую человек называет своим привычным «Я», субличности выходят на авансцену только при определенных обстоятельствах (опьянение, стрессовые ситуации и т.д.).

При развитии психотических состояний, в том числе и эндогенных, страдает, в первую очередь, вызванная патологическим процессом нейродинамика в корковых и подкорковых образованиях. На субъективном уровне больной ощущает это как невыразимую словами тягостность, неопределенность, тревожность, изменение мира вокруг себя. Далее подключается вербальная система, благодаря которой возникшие изменения «осмысливаются», облачаются в слова и таким образом формируются бредовые и галлюцинаторные проявления. Они отличаются устойчивостью, поскольку позволяют мозгу не функционировать в режиме неопределенности. Однако со временем на базе этих вновь возникших вербальных и невербальных структур возникают болезненные субличности с бредовыми мировоззрением, устремлениями и т.д. Чем больше проходит времени, тем больше укрепляются и усиливаются эти субличности. Они становятся доминирующими в структуре психики больного, здоровая часть психики отходит в «тьень», становится подчиненной. В результате проводимого лечения, в том числе нейролептиками, угасают патологические нейродинамические процессы, исчезает первичное невербальное ощущение неблагополучия, однако гораздо дольше сохраняются возникшие вербальные системы, отражающие данные патологические состояния. Вместе с этим сохраняются сформировавшиеся болезненные субличности, которые, как известно, ведут независимое существование, сопротивляются всем переменам во взглядах и мировоззрении больного, исподволь и незаметно стараются вернуть болезнь.

Таким образом, одно только психофармакологическое лечение оказывается недостаточным. Необходима длительная работа с возникшими болезненными субличностями, которые, хотя и отошли в «тьень», но проявляют скрытую активность. Для этого с больными, перенесшими психоз, необходимо проводить психотерапию в различных формах, особенно в форме психосинтеза, который нацелен на интегрирование субличностей в единое позитивное целое.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА С ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Кралько А.А., Петров В.И.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск,
Республика Беларусь,

УО «Могилевский государственный университет им. А.А. Кулешова», г. Могилев,
Республика Беларусь

kralko@tut.by

Обеспечение и соблюдение прав пациента, страдающего психическим расстройством, на протяжении многих лет является одной из актуальных проблем психиатрии и медицинского права. Законодательство по этому вопросу постоянно совершенствуется. В Республике Беларусь с 7 января 2012 г. действует уже второй за постсоветское время закон «Об оказании психиатрической помощи» (далее – Закон). Для обеспечения прав граждан в Законе установлена презумпция отсутствия психического расстройства, согласно которой лицо считается не имеющим психического расстройства, пока наличие психического расстройства не будет установлено по основаниям и в порядке, установленным законом.

Права пациентов при оказании им психиатрической помощи определены в отдельной статье Закона. Эти права соответствует правам пациента, закрепленным в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении», но при этом учтены особенности оказания психиатрической помощи, установлены дополнительные права на: дачу предварительного согласия на участие в научных исследованиях, в образовательном процессе, фото-, видео- и киносъемке и отказ от участия в них на любой стадии оказания психиатрической помощи; приглашение любого врача-специалиста (с его согласия) для

участия в заседании врачебно-консультационной комиссии по вопросам оказания психиатрической помощи; обжалование действий (бездействия) должностных лиц организаций здравоохранения.

Пациенту дана возможность пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Пациентам, находящимся в психиатрическом стационаре, установлены дополнительные права: находиться в условиях, соответствующих санитарным нормам и правилам, гигиеническим нормативам; обращаться непосредственно к заведующему отделением или руководителю психиатрического стационара по вопросам оказания психиатрической помощи, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав; направлять обращения; выписывать и получать журналы и газеты; иметь при себе религиозную литературу, предметы религиозного культа; хранить при себе документы и записи, касающиеся вопросов осуществления их прав.

Некоторые права могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или руководителем психиатрического стационара в случае, если их осуществление представляет непосредственную опасность для этих пациентов и иных лиц: вести переписку; отправлять и получать телеграммы, письма, денежные переводы, посылки и бандероли, получать передачи; пользоваться телефоном; принимать посетителей; иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

В трех случаях Законом установлены ограничения в отношении лиц, страдающих психическим расстройством: признание временно (на срок не более пяти лет с правом последующего психиатрического освидетельствования) непригодным к выполнению работ по отдельным специальностям (профессиям), к работе с источником повышенной опасности; отказ в приеме на государственную службу; отказ в допуске к государственным секретам.

Таким образом, нормы анализируемого Закона направлены на обеспечение максимальной защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами, а также обеспечение защиты здоровых граждан от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.

ДОЛГОВРЕМЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ (НА ПРИМЕРЕ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС)

Краснов В.Н., Крюков В.В., Емельянова И.Н., Самедова Э.Ф., Рыжова И.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
valery-krasnov@mail.ru

По сравнению с исследованиями острых психотических (т.н. шоковых реакций) и непсихотических (невротических, патохарактерологических, включая ПТСР) расстройств, отставленные и долговременные психолого-психиатрические последствия чрезвычайных ситуаций, в частности масштабных катастроф, остаются значительно менее изученными.

Клиника Московского НИИ психиатрии с 1989 г. проводит систематическое наблюдение, повторные обследования и, при необходимости, стационарное лечение значительного числа участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной станции в 1986 г. К 2016 г. данная когорта составила в целом 663 человека. Это были лица, сохранявшие связь с клиникой, по крайней мере, 10 лет и повторно в течение этого периода от 3 до 10 раз проходившие стационарное обследование и лечение.

В течение первых нескольких лет клиническое состояние в большинстве случаев имело тенденцию к формированию полиморфного синдрома с комбинацией психовегетативных, (суб)депрессивных колебаний и когнитивных нарушений (памяти и внимания), сниженной интеллектуальной и общей продуктивности. В абсолютном большинстве случаев более или менее однотипная психопатологическая структура состояний позволяла расценивать их как недементные варианты психоорганического синдрома.

Дальнейшее ухудшение здоровья у этих относительно молодых на тот период людей во многих отношениях было сходно с ранним сосудистым процессом и характеризовалось комбинацией признаков аномально раннего атеросклероза и артериальной гипертензии. Различные исследовательские техники, в частности доплерография, однофотонная эмиссионная компьютерная томография (SPECT) и магнитно-резонансная нейровизуализация (MRI) подтверждали нарушения сосудистой регуляции.

Наш предварительный прогноз для большинства наблюдений был скорее пессимистическим. Однако последующие годы работы с этой когортой пациентов позволили сформировать своего рода партнерство «специалисты - пациенты» с надежным комплаенсом, что обеспечивало более благоприятные результаты лечения. Система лечения состояла из ежегодных (либо раз в два-три года) стационарных курсов медикаментозной терапии, преимущественно церебропротективной и вазотропной, наряду с психосоциальной работой, включающей терапию занятостью, групповую терапию, когнитивный тренинг. Это оказалось эффективным для стабилизации состояния пациентов и восстановления их роли и связей в социальной жизни.

На сегодняшний день вследствие процесса естественного старения у ряда пациентов выявляются тяжелые соматические заболевания и относительно более выраженные когнитивные нарушения. Тем не менее, сотрудничество со специалистами и сохраненные личностные ресурсы позволяют пациентам справляться с их болезненными состояниями. Однако, по разным причинам число регулярно наблюдающихся в клинике пациентов постепенно сокращается. За последние 5 лет повторное стационарное обследование и лечение проведено 117 пациентам.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОМАНИЙ И ПРОТИВОПРАВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Кремко А.А.

УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», г. Гродно, Беларусь
kremkoa@mail.ru

Критериями наркологической ситуации, позволяющими судить об остроте проблемы, создаваемой психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления наркотических средств, являются возникающие при этом медико-социальные проблемы (заболеваемость, болезненность, смертность). В качестве дополнительного критерия, характеризующего социальную значимость проблемы, является противоправная активность потребителей наркотических средств (ПНС). Изучение этих вопросов имеет значение для первичной профилактики противоправного поведения больных наркоманией, их способности к осознанной волевой регуляции криминальных действий в судебной-экспертной оценке, рекомендаций о назначении принудительных мер медицинского характера с целью вторичной профилактики рецидива заболевания и повторных общественно-опасных действий.

Цель исследования: оценка распространенности наркоманий и противоправного поведения потребителей наркотических средств в Республике Беларусь за последние 5 лет.

Материалы и методы. С помощью ретроспективного клинко-эпидемиологического анализа сведений о пациентах, состоящих на учете в учреждениях здравоохранения и совершенных ими преступлениях, связанных с наркотическими средствами, решались задачи по изучению распространенности и динамики наркоманий, противоправной активности ПНС, ее направленности.

Результаты. В Республике Беларусь в период с 2010-2014 гг. наблюдается тенденция к увеличению немедицинского потребления наркотических средств. Показатели интенсивных коэффициентов, отражающие уровень распространенности наркоманий характеризуются вариабельностью значений с тенденцией к нарастанию. Так, коэффициент распространенности наркоманий в республике составил +108,7%; общее число преступлений, связанных с наркотическими средствами + 158,3%; число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков +165,2%; из них, без цели сбыта +153,4%; с целью сбыта +188,6%. Коэффициент числа выявленных лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками за 5 лет составил +136,6%; осужденных – +130,9%. Число несовершеннолетних, совершивших преступления, связанные с наркотиками за 5 лет увеличилось в 5,6 раза; число выявленных лиц, не работающих и не учащихся, увеличилось в 1,3 раза. Коэффициент числа лиц, выявленных в состоянии наркоопьянения, совершивших преступления, связанные с наркотиками в 2014 г. составил + 192,4%, в состоянии алкогольного опьянения + 154,87%. В 2014 г. из числа осужденных, совершивших преступления, связанные с наркотиками, численность несовершеннолетних выросла в 2,75 раза.

Таким образом, рост потребления наркотических средств сопровождается увеличением числа преступлений, с ними связанных, преимущественно за счет незаконного оборота наркотиков; ростом числа выявленных и осужденных лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками, преимущественно за счет не работавших и не учащихся, имеющих судимость; чаще в состоянии

наркотического опьянения, с максимальным приростом числа несовершеннолетних лиц. Проведение в отношении потребителей наркотических средств лечебно-реабилитационных мероприятий по поводу наркологического заболевания является одной из наиболее важных мер в системе мероприятий по профилактике среди этих лиц повторной противоправной активности.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ, СОВЕРШИВШИХ УБИЙСТВА

Криворучко Ю.Д., Алешина Е.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
otdel.kvn@mail.ru

Целью исследования стало изучение клиничко-психопатологических характеристик лиц старше 50 лет, совершивших преступления против жизни и здоровья личности, повлекших за собой смерть потерпевших (ст. 105, ч. 4 ст. 111, ст. 107, ст. 108 УК РФ), и прошедших амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу.

Результаты. При сплошном исследовании амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, проведенных в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» лицам старше 50 лет, совершившим общественно-опасные деяния (ООД), повлекшие за собой смерть потерпевших с 2011 г. по 2015 г., установлено, что их количество увеличилось с 19 (2011 г.) до 33 (2015 г.) случаев. Основная доля ООД, повлекших за собой смерть потерпевших, за указанный период исследования, совершенная 105 лицами пожилого возраста, пришлось на возрастную категорию от 51 года до 60 лет и составила 72,3%. В 86,7% правонарушение было совершено мужчинами, в 13,3% - женщинами.

Из всех подэкспертных 21,9% были психически здоровыми, 26,7% обнаруживали органическое психическое расстройство без признаков деменции, 0,95% случаев приходилось на смешанную деменцию, и у 4,75% обследуемых выявлялись инволюционный параноид, шизофрения параноидная. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ в группе исследуемых лиц в сочетании с вышеуказанной патологией и без нее составили 37,15% случаев. 18,1% человек вследствие неясности клинической картины были направлены на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

Из всех обследованных лишь 11 нуждались в принудительных мерах медицинского характера: 1,9% обнаруживали органическое психическое расстройство без признаков деменции, не могли в полной мере осознавать фактический характер, общественную опасность своих действий и руководить ими, и в соответствии со ст.ст. 22, 97 и 99 УК РФ нуждались в принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях. Остальные не могли осознавать фактический характер, общественную опасность своих действий и руководить ими, и, в соответствии со ст.ст. 21, 97, 99 УК РФ (0,95% с органическим психическим расстройством без признаков деменции), нуждались в принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях; другие – в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях: 2,85% с органическим психическим расстройством без признаков деменции и 0,95% с инволюционным параноидом – в стационарных условиях общего типа, 2,95% с шизофренией параноидной и 0,95% с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя – в стационарных условиях специализированного типа.

Предварительные результаты исследования свидетельствуют о том, что лица старше 50 лет имеют в основном органические психические расстройства разной выраженности и совершают противоправные действия против жизни и здоровья личности, сопряженные с гибелью потерпевших.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ПОДХОДАХ К ТЕРАПИИ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Круглов Л.С.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург
levsavkrug@gmail.com

В последние годы в населении промышленно развитых стран прослеживается тенденция к старению населения. С одной стороны, эта тенденция отражает эффективность развития медико-социальной сферы и несомненно должна рассматриваться как позитивный фактор, но с другой стороны, тем самым повышается актуальность широкого круга вопросов, связанных с необходимостью улучшения здоровья и качества жизни лиц пожилого возраста. Между тем в позднем возрасте отмечается повышенная распространенность целого ряда форм патологии, в том числе психической сферы. В частности, это относится к ухудшению когнитивного функционирования и развитию деменции. Существенная распространенность последней среди пожилого населения предопределяет актуальность проблемы организации ухода за подобными пациентами, что приводит к экономическим затратам, нарушениям здоровья и отвлечения от полноценной жизни близких пациентов, осуществляющих указанный уход. Все это делает первостепенно значимым формирование более четких представлений о нозологической природе деменций позднего возраста и поиск путей их эффективной терапии.

Настоящий период времени характеризуется интенсивной разработкой более оптимальных вариантов систематики поздневозрастных деменций, который осуществляется, в том числе, в контексте формирования классификации МКБ-11. В этой связи имеются тенденции как к выделению не представленных в МКБ-10 деменций, что относится к деменции с тельцами Леви, дифференцировка которой с когнитивными последствиями болезни Паркинсона, однако, подвергается некоторому сомнению. Наряду с этим ряд авторов отстаивают позицию полиэтиологической природы когнитивных нарушений в позднем возрасте.

В области лекарственной терапии деменций все более утверждается концепция мультимодального подхода, основанного на коррекции известных к настоящему времени нейрхимических и нейротрофических механизмов развития данной формы патологии. Комбинирование и последовательное применение препаратов, влияющих на эти механизмы, способствует повышению клинической результативности лечения, снижению риска его побочных эффектов, а также положительным сдвигам в социально-бытовом функционировании пациентов. Последнее дает возможность снизить риск или, по крайней мере, отдалить по времени необходимость институционализации больных для организации ухода за ними.

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ ЛИНК ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ: КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ, ОСНОВАННЫЙ НА СИЛЬНЫХ СТОРОНАХ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА*

Крупницкий Е.М., Тюсова О.В., Блохина Е.А., Бушара Н.М.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

kruenator@gmail.com

Целью исследования являлось изучение эффективности поведенческой интервенции, направленной на привлечение ВИЧ-инфицированных пациентов с синдромом зависимости от опиоидов в специализированные службы помощи и лечения ВИЧ-инфекции, а также на улучшение взаимодействия между наркологической и инфекционной службами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 349 ВИЧ-инфицированных пациентов с синдромом зависимости от опиоидов, проходивших дезинтоксикационную терапию в городской наркологической больнице Санкт-Петербурга с июля 2012 г. по май 2014 г. Пациенты были рандомизированы либо в интервенционную группу, включавшую 5 сессий со специально подготовленным кейс-менеджером (одна – перед выпиской и четыре - в течение последующих 6

месяцев), либо в контрольную группу, получавшую стандартный объем медицинской помощи. Основными показателями эффективности интервенции являлись: обращение в ВИЧ-службу в течение 6 месяцев (как минимум 1 визит к инфекционисту) и улучшение показателей CD4 клеток через 12 месяцев. Для статистического анализа данных были использованы методы описательной статистики и регрессионный анализ.

Результаты. Средний возраст участников составил 34 ± 5 лет, 73% были мужчины, с момента установления диагноза ВИЧ-инфекция, в среднем, прошло 7 лет, средний показатель количества CD4 клеток – 354 ± 275 в интервенционной и $375 \pm 276 \times 10^9/\text{л}$ в контрольной группе. В течение 6 месяцев 45% участников интервенционной группы и 30% контрольной группы обратились в ВИЧ-службу (AOR 2,2; 95% CI: 1.42-3.41; $p=0.0004$). Средний уровень количества CD4 клеток через 12 месяцев исследования составил 340 ± 226 в интервенционной группе и $372 \pm 354 \times 10^9/\text{л}$ в контрольной группе (AMD -20.2; 95% CI: -83.3, 42.9, $p=0.53$).

Исследуемая поведенческая интервенция является эффективной в отношении привлечения ВИЧ-инфицированных наркозависимых в инфекционную службу и начала диспансерного наблюдения через 6 месяцев. Значимых изменений в показателе уровня CD4 клеток в интервенционной группе через 12 месяцев обнаружено не было, что может свидетельствовать о длительном промежутке времени между обращением в ВИЧ-службу и назначением антиретровирусной терапии для данной категории пациентов.

**Исследование выполнено при поддержке гранта Национальных Институтов Здоровья R01DA032082 (США).*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ Крутых Е.Г., Некрасов М.А., Басинская И.А.

ФКУ «Орловская психиатрическая больница специального типа с интенсивным наблюдением»,
ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева», г. Орёл
evgenij.krutyh@ya.ru

Психосоциальное лечение правонарушителей с выраженными психическими расстройствами отличается от лечения в общепсихиатрической практике. При лечении пациентов, совершивших правонарушения и длительно находящихся на принудительном лечении, важной задачей является обеспечение внутреннего и внешнего контроля, препятствующего агрессивным действиям и повторному совершению правонарушений, а также улучшение социального функционирования после выписки. Социально-реабилитационное направление стало приоритетным в практике принудительного лечения. В ФКУ ОПБСТИН применяется система психосоциальной реабилитации пациентов, основанная на концепции «терапевтическая среда – терапевтическое сообщество», важным компонентом которой является групповая психотерапия.

Цель исследования: оценка практической модели использования групповой психотерапии в реабилитации пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специального типа с интенсивным наблюдением.

Материалы и методы. На базе ФКУ ОПБСТИН проведено 12 терапевтических групп, средней численностью 8 человек. Для анализа эффективности психотерапии использовали: СМИЛ, тест Люшера, тест фрустрационных реакций Розенцвейга, проективные психологические методы. Динамика групповой работы оценивалась ретестированием.

Результаты. Терапевтические группы формировались из пациентов, готовящихся к выписке, а также пациентов с расстройствами поведения (F 60–62), неврозоподобной симптоматикой в рамках эндогенных (F 20-29 и F 34) и органических расстройств (F 06, 07), сроком пребывания в стационаре $5,6 \pm 1,5$ года, продолжающих лечение, но показывающих высокую комплаентность и мотивацию на реабилитацию. В качестве ко-терапевтов на занятиях присутствовали клинические психологи, социальные работники и педагоги, арт-терапевты и врачи-психиатры. Все занятия проводились структурировано, стиль их ведения психотерапевтом менялся от директивного до партнёрского или отстранённого. На первых занятиях общий уровень тревожности пациентов повышался. Ситуация разрешалась путем введения игровых ситуаций. По мере вовлечения в групповой процесс мог меняться характер информации, которую пациент давал о себе и своем состоянии. Пациенты неоднократно представлялись иначе, чем в индивидуальном контексте. Полное обращение (по имени и отчеству) проявляло отличные от

привычных моделей поведения пациентов. В групповой обстановке некоторые черты личности и важные для пациента конфликты и проблемы открывались легче. Моделирование ситуаций межличностных взаимодействий отражало отношения пациента с людьми, часто отличающиеся от демонстрируемого в индивидуальной работе.

Внедрение методов групповой психотерапии в комплексную практику реабилитации пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специального типа с интенсивным наблюдением позволило заключить: 1. У пациентов отмечено снижение уровня тревожности, изменение типов реагирования в различных фрустрационных ситуациях, осознание собственных мотивов и установок поведения, облегчение формирования социальных контактов и совершенствование коммуникативных навыков. 2. Успешно показали себя методы работы, направленные на формирование социальной и коммуникативной компетентности пациентов: тренинги, тематические беседы, сказкотерапия, арт-терапия и пр. 3. Реабилитация эффективна при комплексном подходе, в рамках работы полипрофессиональной бригады, состоящей из врача-психиатра, врача-психотерапевта, клинического психолога, социального педагога, социального работника и арт-терапевта.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ВО ВРЕМЯ ВОЙН, ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ И СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ

Кузеева И.Р.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа

irene_k@bk.ru

Широкая распространенность и тяжесть клинических проявлений посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди военнослужащих, принимавших участие в локальных вооруженных конфликтах, требует как можно раннего выявления патологического состояния с проведением соответствующих лечебно-реабилитационных мероприятий.

С целью оказания комплексной медико-психологической и психиатрической помощи сотрудникам силовых структур в 2000 г. впервые в России на базе Республиканской клинической психиатрической больницы № 1 МЗ РБ было открыто психотерапевтическое отделение восстановительного лечения для военнослужащих Российской армии и спецслужб принимавших участие в военных действиях в горячих точках. В отделении проходят курс лечения сотрудники МВД, ГУФСИН по возвращению из служебных командировок в Чеченскую республику, сотрудники МЧС, демобилизованные солдаты срочной службы, исполнившие свой воинский долг в зоне локальных вооруженных конфликтов в Афганистане, Чечне, Абхазии, Осетии, Югославии, Приднестровье, участники ликвидации аварии на ЧАЭС, родители погибших.

Современная просторная планировка, уютные 2-3-4-местные палаты, комнаты отдыха, уголки релаксации делают пребывание пациентов в отделении комфортным. Отделение оснащено тренажерным залом: сенсорными комнатами, массажным кабинетом, функционирует зал ЛФК, комнаты для занятий настольным теннисом и бильярдом. Гипнотарий оборудован музыкальным центром и домашним кинотеатром, имеется кабинет групповой психотерапии: кабинет психолога, арттерапии, библиотека. Лечебную работу в отделении осуществляют высококвалифицированные врачи психотерапевты.

Всего за время существования отделения пролечено более 16 тысяч человек.

Комплекс реабилитационных мероприятий включает исследование психического и соматического состояния больного, психологическое тестирование, психотерапию, психофармакотерапию, физиотерапию.

Курс лечения составляет 2-4 недели. Это краткосрочная интенсивная психотерапия, целью которой является осознание пациентом психологического конфликта, объективная оценка своего состояния и ситуации, снижение актуальности и переработка травматических переживаний, накопленных отрицательных эмоций в безопасной среде отделения, экологическая подстройка к будущему. Проводится семейная психотерапия, работа с окружением и родственниками. Среди индивидуальных методов наиболее широко используются позитивная психотерапия, гештальттерапия, символдрама, нейро-лингвистическое программирование, аутогенная тренировка, гипноз, арттерапия. Ежедневно проводятся коллективные сеансы гипноза, музыка- и ароматерапия.

Наиболее эффективной оказалась групповая терапия, в результате которой уменьшается эмоциональная отчужденность, социальная изолированность комбатантов, улучшается их адаптация.

Опыт работы отделения показал актуальность, эффективность и востребованность психотерапевтической помощи лицам с ПТСР, нуждающимся в длительном психологическом и психотерапевтическом сопровождении.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кузнер А. В., Клименко Т. В., Дмитриев А. С.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

kuzners@yandex.ru

Алкогольная зависимость остается одной из актуальных медико-социальных проблем. По некоторым данным, сочетание алкоголизма с другими психическими расстройствами достигает 78%. Сочетание алкогольной зависимости и органических психических расстройств является наиболее часто встречающейся формой коморбидной патологии, при этом значительно возрастает вероятность криминализации личности.

Цель исследования: комплексное изучение клинико-динамических, характеристик 65 подэкспертных с алкогольной зависимостью на фоне органической патологии, и лиц с органическими психическими расстройствами, коморбидными с алкоголизмом.

Материалы и методы. Из 47 подэкспертных, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в ФМИЦПН им. В.П. Сербского, были сформированы 2 группы, в которых проводилось сравнительное исследование клинико-динамических особенностей алкогольной зависимости, развившейся на фоне органического психического расстройства (1 группа, 23 человека), и с алкогольной зависимостью с развившейся на ее фоне органической патологией (2 группа, 24 человека). В последующем производилась статистическая обработка по данным специальной карты исследования.

Результаты. В группе подэкспертных с органическим психическим расстройством, коморбидным с алкоголизмом, были выявлены более выраженные когнитивные и волевые нарушения, снижение прогностических способностей при часто наблюдавшейся сохранности мнестических функций. Регистрировалась высокая частота церебрастенической симптоматики. Отмечена выраженность психопатоподобных и аффективных расстройств, нарушений в сфере влечений (дромомания, пиромания, сексуальные перверсии), которые зачастую образовывали порочный круг с криминальной активностью.

У подэкспертных, страдающих алкоголизмом с органическими расстройствами, чаще выявлялись нарушения памяти; психопатоподобные и аффективные расстройства отмечались в меньшей степени и проявлялись в виде обидчивости, ранимости; реже были выражены церебрастенические явления. У подэкспертных второй группы реже были выражены неврологические расстройства, которые, как правило, отмечались при второй и третьей стадиях алкоголизма. Вторая группа была более благополучна в медико-социальном плане.

Таким образом, сравнительное исследование 2-х групп больных показало клиническую разницу у лиц с коморбидной патологией, что затрудняет диагностику, адекватное лечение и судебно-психиатрическую оценку данных состояний. Полученные данные планируется использовать в совершенствовании критериев судебно-психиатрической оценки и принципов профилактики повторной противоправной активности с учетом современных норм российского законодательства.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ТВОРЧЕСТВОМ КАК ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Куклина А.М., Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В.

ГБУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева»
Минздрава Республики Татарстан, г. Казань
dr.kuklina@mail.ru

Реабилитация пациентов с психическими расстройствами является важнейшим этапом в лечении больных, их восстановлении и возвращении в общество. У любого человека, независимо от уровня интеллекта, есть свое творческое начало. Основной задачей реабилитации творчеством является предоставление возможности пациенту творческого осмысления жизни. Исполняя те или иные роли, пациенты показывают, что их эмоции отнюдь не дефектны, просто в обыденной жизни они спрятаны, глубже, чем у здоровых людей.

Целью исследования являлся анализ эмоционально-волевых нарушений у пациентов с психическими расстройствами путем развития и сохранения творческих способностей.

Материалы и методы. На базе Республиканской клинической психиатрической больницы г. Казани организованы музыкальная, танцевальная, художественная и театральная студии. В исследование были включены пациенты с психическими расстройствами, получавшие стационарное лечение в психиатрической больнице и участвующие в течение полугода в реабилитационных творческих занятиях.

Результаты. В реабилитационных мероприятиях, основанных на вовлечении пациентов в творческую деятельность, регулярно участвовали 47 больных с хроническими психическими расстройствами. Возраст пациентов составил от 20 до 40 лет (в среднем 30,7 лет). Основную категорию пациентов составили больные, страдающие шизофренией (70,2%, n=33), умственной отсталостью (17,0%, n=8) и органическим расстройством личности (12,8%, n=6). Из 47 психически больных 91,5% имели инвалидность. 36,2% (n=17) пациентов находились на принудительном лечении. Все больные участвовали в занятиях по нескольким творческим направлениям. Регулярные еженедельные занятия показали, что у пациентов с психическими расстройствами сохраняется волевая активность (61,7%), особенно при участии в праздничных мероприятиях, когда требуется ежедневная тренировка. В процессе творческих занятий развивалась эмоциональная откликаемость, отмечались адекватные эмоциональные реакции, соответствующие ситуации. Пациенты стали самостоятельно высказывать свои предложения, у них появилось побуждение к развитию творческой деятельности. У больных повысилась заинтересованность в общении (74,4%), а также продуктивный контакт со специалистами (83,0%). Одним из важных моментов реабилитации явилось то, что из 15 выписанных пациентов, 6 человек продолжили посещать занятия. У 3 пациентов, участвовавших в реабилитационных мероприятиях, наблюдалось ухудшение психического состояния, требующего активного лечения.

Таким образом, реабилитация путем творчества дает положительный эффект в отношении эмоционально-волевых нарушений у пациентов с психическими расстройствами. Развитие творческого потенциала у душевнобольных способствует профилактике их социальной изоляции в обществе, появлению стремления к развитию новых творческих возможностей, что благоприятно сказывается не только на их психическом состоянии, но и уменьшает нагрузку на семью пациента.

ОСТРЫЕ И ПОДОСТРЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Кулагина Н.Е.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
nataliakulagina04@mail.ru

Синтетические каннабиноиды появились в России на рынке наркотиков в начале 2000 годов. Значительная часть лиц, злоупотреблявших гашишем натурального происхождения, перешли на синтетические вещества данной группы. Некоторые пациенты с самого начала стали принимать синтетические каннабиноиды.

Проведено обследования 41 лица, принимавших синтетические каннабиноиды и поступивших на лечение в клинику ФМИЦПН им. В.П. Сербского в 2014 и 2015 гг. (было идентифицировано наличие в организме веществ типа «Spice», JWH, K-2 и др.). В 24 случаях была диагностирована зависимость от каннабиноидов, в 17 – злоупотребление ими без признаков формирования наркологического заболевания. Острые и подострые расстройства возникали в состоянии опьянения данными веществами, а также в структуре абстинентного синдрома.

В структуре опьянения чаще всего наблюдались помрачения сознания либо в форме оглушения (16 больных), либо – сумеречного помрачения сознания (11 пациентов). Достаточно часто возникали также острые параноидные состояния (10 случаев). У 4 больных имел место синдром Кандинского (при последующем наблюдении шизофрении или заболевания шизофренического спектра были исключены). Продолжительность этих состояний составляла от нескольких часов до 2-3 недель. Следует отметить, что у лиц, злоупотреблявших натуральными каннабиноидами, в отличие от синтетических, психотические вспышки (обычно делириозные) были редкими, относительно легкими и длились от нескольких десятков минут до суток.

У больных с зависимостью от синтетических каннабиноидов абстинентные состояния, как и другие клинические проявления, носили значительно более тяжелый характер, чем у больных наркоманиями, злоупотребляющих натуральными веществами этой группы. Как известно, у потребителей натурального гашиша абстинентные состояния либо отсутствуют, либо выражены незначительно. В структуре же абстинентных состояний у пациентов, зависимых от синтетических каннабиноидов, проявлялись острая тревога, бессоница, дисфорические состояния, отдельные бредовые интерпретации или рудиментарные расстройства восприятия. Наблюдались выраженные расстройства со стороны вегетативной, сердечнососудистой, желудочно-кишечной и других систем организма.

Указанные особенности проявления острых и подострых состояний у больных, употребляющих синтетические каннабиноиды, должны определять подход к их лечению. В частности, по сравнению с терапией больных с зависимостью от натуральных каннабиноидов, необходимо более интенсивное применение, как психофармакологических средств, так и общетерапевтических методов.

ОСОБЕННОСТИ ФРУСТРАЦИОННОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Куликова О.С.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Оренбург

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

ol.klkv@mail.ru

На современном этапе развития психофармакологии стала особенно очевидной недостаточность простого нивелирования продуктивной психотической симптоматики для достижения удовлетворительной социальной адаптации пациентов, страдающих параноидной шизофренией. Необходим учет психологических факторов социальной адаптации при данном заболевании. Одним из таких факторов, несомненно, является фрустрационное реагирование как важная форма адаптивного поведения индивида.

Целью исследования было изучение характера фрустрационного реагирования пациентов на инициальном этапе параноидной шизофренией в зависимости от актуального уровня их социальной адаптации.

Материалы и методы. Исследование было проведено на выборке больных с клиническим диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (код F20.0 по МКБ-10) при длительности заболевания не более 1 года с момента клинической манифестации. Было обследовано 80 пациентов (из них 41 мужчина) в возрасте от 18 до 39 лет; средний возраст – 32 года. Все пациенты исследовались в состоянии стойкой медикаментозной ремиссии. Были использованы клиничко-психологический, психодиагностический и статистический методы исследования. В частности, была реализована процедура экспертной оценки уровня социальной адаптации обследованных пациентов по разработанной нами шкале; также использовался тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга.

Результаты. На основании экспертной оценки уровня социальной адаптации все пациенты были разделены на две подгруппы. В первую подгруппу были включены 39 пациентов (из них 18 мужчин), характеризующихся удовлетворительным уровнем социальной адаптации. Вторую подгруппу составили пациенты с низкими адаптационными возможностями (41 человек, из них 23 мужчины). В результате было показано, что эго-защитный характер фрустрационного реагирования в большей степени свойственен пациентам с низким уровнем социальной адаптации ($p < 0,05$); а потребностно-настойчивые фрустрационные реакции чаще встречаются у пациентов с удовлетворительной социальной адаптацией ($p < 0,05$). В теории фрустрации С. Розенцвейга, эго-защитное фрустрационное реагирование актуализируется в ситуациях, которые расцениваются индивидом в качестве угрожающих его личности. Соответственно, чем больше ситуаций индивид относит к категории угрожающих его личности, тем слабее его «Я», что также указывается на адаптивность потребностно-настойчивых реакций, отражающих фрустрационную толерантность и готовность решать возникшую проблему.

Исследование показало, что наиболее адаптивными для пациентов с параноидной шизофренией являются потребностно-настойчивые фрустрационные реакции. Деадаптивными являются эго-защитные фрустрационные реакции. Эти данные могут быть использованы в психокоррекционной работе с пациентами, страдающими параноидной шизофренией, с целью выработки наиболее адаптивных стратегий поведения в ситуациях фрустрации значимых потребностей.

ПРОБЛЕМА ЖЕСТОКОСТИ И НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ПОЖИЛЫХ ЛИЦ

Кунафина Е.Р.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа
erkunafina@mail.ru

Одной из ключевых проблем современности является демографическое старение (или постарение населения), которое определяется как увеличение доли пожилых и старых людей в общей численности населения. Согласно официальному демографическому прогнозу, в 2030 г. доля населения в возрасте 65 лет и более возрастет до 18%. Проблемы пожилых людей все больше выдвигаются на первый план и требуют своевременного решения, в том числе и проблема насилия и жестокого обращения с пожилыми людьми. По мнению западных ученых, от 4 до 10% пожилого населения в США регулярно подвергаются насилию со стороны других членов семей. Официальный статистический учет в России отсутствует.

«Насилием» над пожилыми является систематическое и продолжительное по длительности преследование этих людей со стороны ухаживающего за ними человека. Выделяют следующие виды жестокости и насилия в отношении пожилых людей: физическое, психоэмоциональное, финансово-экономическое насилие, пренебрежительное отношение к уходу, сексуально-геронтологическое насилие. Установление фактов жестокого обращения с пожилыми людьми затруднено вследствие ряда причин. Во-первых, люди пожилого возраста боятся причинить своим родственникам дополнительные хлопоты, усугубить свое положение в семье, остаться в одиночестве. Во-вторых, если насилие совершается членом семьи — супругом(ой) или взрослыми детьми — жертва испытывает чувство стыда, унижения, беспомощности, неуверенности в своих чувствах и ощущениях, страх оказаться непонятым. В-третьих, отсутствие информации о деятельности специализированных служб, «горячих» линиях, любой возможности получения помощи извне, заставляет многих пожилых людей, страдающих от насилия, молчать о «чисто семейных» конфликтах. Кроме того, многие жертвы домашнего насилия опасаются потерять часто единственного родственника, осуществляющего уход и присмотр за ними, и избежать перевода в дом престарелых, который часто ассоциируется с приближением скорой смерти. В других случаях люди пожилого возраста пытаются отрицать или преуменьшать жестокость обращения с ними на фоне ранее пережитых событий, таких, как война, голод, блокада, личные беды и огорчения и т.д. Еще одной причиной скрытого характера данной социальной проблемы являются религиозные убеждения пожилых людей, по которым страдания на земле смогут облегчить им жизнь в будущем. Наиболее уязвимыми и чаще других подвергаемыми насилию являются престарелые женщины старше 75 лет, страдающие серьезными функциональными и психологическими расстройствами. В рамках многолетних научных исследований на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии Башкирского ГМУ разработана комплексная

программа профилактики и реабилитации психических расстройств у пожилых – жертв жестокости и насилия, а также система мер профилактики правонарушений, совершаемых людьми пожилого и старческого возраста. Для защиты лиц пожилого возраста от жестокости и насилия необходимо:

- создать четкую правовую базу;
- подготовить необходимые ресурсы (отделения временного проживания, кадровое обеспечение, транспорт и т.п.);
- организовать работу социальных служб по выявлению пожилых людей, которые подвергались жестокому обращению (взаимодействие с микрорайонами, поликлиниками, больницами, милицией, учреждениями социальной защиты и т.п.);
- создавать специальные мобильные бригады в социальных службах, оказывающие экстренную помощь пожилым людям, подвергшимся насилию;
- разработать общий алгоритм действий, направленный на решение проблемы жестокого обращения с пожилыми людьми;
- осуществлять конкретные меры, основываясь на общем алгоритме действий;
- создать комплексную систему профилактики правонарушений;
- проводить просветительско-образовательную деятельность в данной сфере межличностных отношений.

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ТЕРАПИИ ПАНТОГАМОМ

Куприянова Т.А., Корень Е.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
evkoren@yandex.ru

Современные требования к лечению детей и подростков с психическими расстройствами, выводят на первый план не только контроль над симптомами, но достижение и поддержание приемлемого уровня социального функционирования, выступающего как интегральный динамический критерий функциональных возможностей личности, полноценной психической деятельности и адаптации ребенка.

Гиперкинетические расстройства относятся к числу наиболее часто диагностируемых психических расстройств в детском возрасте и представляют собой гетерогенную группу нарушений нейropsychического развития. У 35-65% детей с гиперкинетическим расстройством частью клинической картины являются поведенческие нарушения, в связи с чем в МКБ-10 была впервые введена смешанная рубрика «гиперкинетическое расстройство поведения» (ГРП), в которой должны одновременно соблюдаться критерии для диагностики как гиперкинетического расстройства, так и расстройства поведения. У детей с ГРП наблюдаются более выраженные и стойкие проявления гиперактивности, нарушения внимания и импульсивности, сопровождающиеся вспыльчивостью, агрессивностью, конфликтностью, что существенно отражается на их качестве жизни и уровне социального функционирования и требует дифференцированных подходов к терапии. Эффективность лекарственной терапии ГРП изучалась в небольшом числе исследований, где была показана возможность успешной экстраполяции терапевтических подходов, используемых при гиперкинетических расстройствах, на данную категорию детей, но не анализировалось ее влияние на социальное функционирование и показатели качества жизни детей.

С целью динамической оценки влияния терапии пантогамом (гопантеновая кислота - нейрометаболический стимулятор с мягким седативным действием) на социальное функционирование и качество жизни детей с ГРП проведено комплексное обследование находящихся на амбулаторном лечении 24 пациентов (16 мальчиков и 8 девочек) от 6 до 12 лет (средний возраст $9,6 \pm 2,8$) с ГРП (по МКБ-10), длительность заболевания – $3,1 \pm 1,8$ года. Интеллектуальное развитие детей соответствовало возрастной норме.

Наиболее выраженные изменения клинических показателей отмечались, начиная со 2-3 недели лечения, достигая максимума к 3 месяцу – суммарный показатель по шкале СДВГ снизился с 38 до 25 баллов (статистически достоверно $p \leq 0,05$), что коррелировало с позитивными изменениями уровня социального функционирования и качества жизни детей по CGAS (с 42,6 до 52,3) и ILK (с 30,9 до 24,7). Терапия пантогамом детей с гиперкинетическими расстройствами не только снижала

основные клинические проявления гиперкинетических расстройств, но и значительно повышала социальное функционирование этих детей. Контрольное обследование через 3 месяца после окончания лечения свидетельствовало о сохраняющемся терапевтическом эффекте.

Таким образом, дифференцированный подход к психофармакотерапии детей с ГРП представляется перспективным в контексте учета параметров социального функционирования для повышения эффективности оказываемой психиатрической помощи, но требует дальнейшего изучения в плане уточнения механизмов влияния на социальное функционирование данной категории детей по отношению к основным факторам риска психосоциальной дезадаптации.

УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Куприянова И.Е., Ротова И.А., Лисовская М.Я.

ФГБНУ «Научно-исследовательский центр психического здоровья», г. Томск

redo@mail.tomsknet.ru

Тревога является одним из фундаментальных симптомов психиатрии. В области пограничной психиатрии тревожные симптомы являются определяющими в психическом состоянии пациентов. Являясь одним из факторов защиты от стрессовых или неблагоприятных явлений окружающей среды, тревога оказывает и патопластическое воздействие на психику человека, если уровень ее превышает физиологические границы.

Цель исследования – изучить психические проявления и уровень тревоги у женщин с различной патологией беременности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 149 беременных: основная группа – 111 женщин и контрольная группа – 38 женщин без психических проблем (20 беременных без акушерской патологии и 18 беременных с акушерскими проблемами). Беременные с акушерской патологией были разделены на 3 группы – с невынашиванием беременности – 39 беременных (36,9%), с многоводием и патологией плаценты – 27 беременных (24,3%) и преэклампсией (гестозами) – 45 женщин (40,5%).

Результаты. Психические проявления во II триместре беременности у 43 пациенток характеризовались невротическими расстройствами и у 68 беременных – преневротическими состояниями, с проявлениями физической слабости – 27 женщин, психической слабости – 19 женщин, дистимическими проявлениями – 9 и соматовегетативными симптомами – 13 женщин. Среди невротических расстройств тревожные расстройства (F40) диагностированы у 14 беременных, расстройства адаптации (F43) – у 12, ПТСР (F43.1) – у 2, диссоциативные расстройства (F44) – у 6, соматоформные расстройства (F45) – у 2, неврастения (F48) – у 7 беременных.

Уровень тревоги по клинической шкале Гамильтона у женщин с патологией беременности составил $12,15 \pm 0,66$ баллов. У здоровых беременных тревога составила $4,8 \pm 0,87$ баллов, а у беременных с акушерской патологией, но без психопатологических проявлений $4,71 \pm 0,79$ баллов. Данные с высокой степенью достоверности отличаются от лиц с психопатологическими проявлениями ($p \leq 0,001$).

У женщин с преневротическими расстройствами тревога определялась на уровне $7,37 \pm 0,98$ баллов ($p \leq 0,05$ по сравнению со здоровыми лицами и женщинами с патологией беременности, но без психических расстройств), а при невротических расстройствах – $15,34 \pm 1,1$ балла ($p \leq 0,001$). Наиболее высокий уровень тревоги установлен у женщин с невынашиванием беременности.

В III триместре клиническая картина меняется: нарастает уровень тревоги у женщин с многоводием, патологией беременности и преэклампсией. Преневротические состояния у беременных трансформируются в невротические расстройства, за исключением беременных с физической слабостью. В группе пациенток с невынашиванием беременности наблюдается обратная тенденция: стабилизация психического состояния до уровня психодезадаптационного синдрома и снижение уровня тревоги.

Таким образом, женщинам с патологией беременности необходимо не только акушерская предродовая помощь, но и психотерапевтическое сопровождение на всем протяжении беременности.

НАЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Курамшина З.А., Кунафина Е.Р.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики

Башкортостан, г. Уфа,

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

erkunafina@mail.ru

В соответствии с законодательством комплексной является комиссионная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты разных специальностей. Разграничение функций экспертов выражается в том, что они проводят исследования только в рамках своей компетенции, указывая, какие исследования и в каком объеме проведены, какие факты установлены и какие выводы сделаны. Опыт практической работы показывает, что в производстве комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) часто встречаются ошибки при её назначении, которые в основном касаются неправильного рода экспертизы — однородной или комплексной. В этой связи можно выделить следующие основные варианты ошибочного назначения КСППЭ:

1) Следователем или судом назначается КСППЭ, когда достаточно назначить однородную судебно-психиатрическую экспертизу. В результате в заключении экспертизы даются ответы только на вопросы, входящие в компетенцию психиатра, и утрачивают свое значение вопросы, требующие специальных знаний в психологии.

2) Следователем или судом назначается КСППЭ, но в постановлении (определении) отсутствуют вопросы, относящиеся к компетенции эксперта-психолога.

3) Следователем или судом назначается судебно-психиатрическая экспертиза, но в постановлении (определении) содержатся вопросы, которые не входят в компетенцию эксперта-психиатра, но относятся к компетенции эксперта-психолога. Следователя интересуют обстоятельства, входящие в компетенцию эксперта-психолога, но он не различает его компетенцию и компетенцию психиатра.

4) Следователем или судом назначается судебно-психиатрическая экспертиза, в постановлении (определении) вопросы сформулированы правильно, все они входят в компетенцию эксперта-психиатра, но при первичном осмотре подэкспертного, при ознакомлении с материалами уголовного дела и медицинской документацией эксперты-психиатры сами приходят к выводу, часто после консультаций с психологом, что в данном случае существуют обстоятельства, имеющие значение для дела, установление которых входит в компетенцию эксперта-психолога, но по поводу которых вопросы поставлены не были. Здесь ошибка следователя другого рода: он неверно оценивает следственно-экспертную ситуацию и не видит обстоятельств, требующих комплексного экспертного исследования.

Некорректное формулирование экспертного задания, неправильный выбор рода необходимой экспертизы осложняют проведение экспертизы, увеличивают объем неэффективного труда, поскольку все перечисленные в постановлении или определении о назначении экспертизы вопросы должны быть воспроизведены в заключении экспертов, и ни один из поставленных перед экспертами вопросов не должен остаться без ответа на него или объяснения причин, почему на него нельзя ответить. Поэтому целесообразно наладить постоянное взаимодействие с судебно-психиатрическими и судебно-психологическими экспертными учреждениями органа или лица, назначающего судебные экспертизы. Формами такого взаимодействия могут быть: чтение лекций юристам в системах дополнительного профессионального образования; участие следователей, судей и прокуроров в рабочих совещаниях и научно-практических конференциях психологов и психиатров; обсуждение актуальных вопросов назначения, производства и оценки КСППЭ на совещаниях и конференциях, проводимых судами и прокуратурой.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ: ПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ДОФАМИНОВОГО РЕЦЕПТОРА ТИП 2 (DRD2)

Курылев А.А.^{1,2}, Бродянский В.М.³, Чупрова Н.А.³, Кибитов А.О.³, Андреев Б.В.^{1,4}

¹ СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко»,

² ГБУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург,

³ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,

⁴ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» г. Санкт-Петербург
alexey-kurilev@yandex.ru

Наследственная предрасположенность при шизофрении достигает 80%, дофаминовая нейромедиаторная система играет важную роль в патогенезе заболевания, дофаминовые рецепторы и, в особенности, дофаминовый рецептор 2 типа (DRD2) является фармакологической мишенью большинства антипсихотиков. В гене DRD2 описаны несколько полиморфизмов единичных нуклеотидов, в том числе: -141C Ins/Del (rs1799732) и Taq1A (rs1800497), влияющие на экспрессию гена и изменяющие функционал рецепторных процессов.

Целью исследования стало изучение связи полиморфизмов -141C Ins/Del (rs1799732) и Taq1A (rs1800497) гена DRD2 и риска развития параноидной шизофрении.

Материалы и методы. В исследовании принимали лица славянской этнической принадлежности, не родственные между собой. Все пациенты были проинформированы о характере проводимого научного исследования, которое проводилось с разрешения и под контролем локального этического комитета СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко». Критерии включения: возраст 18-45 лет, длительность пребывания в стационаре не менее 1 месяца; купирование острого психоза, длительность заболевания не более 5 лет. Группы сравнения: 1) пациенты (n=133), находившиеся на стационарном лечении в психиатрическом стационаре с диагнозом параноидная шизофрения (F 20.0), средний возраст 42±12 года, 53,4 % - женщины; 2) контрольная группа (n=137), не имеющие диагностических признаков психиатрической патологии, средний возраст 39,5±7,2 лет, 51,1% - женщины. Образцы ДНК пациентов, полученные из венозной крови генотипировали методом аллель-специфической полимеразной цепной реакции (ПЦР). Проводили сравнение частот встречаемости аллелей, генотипов, групп генотипов в рамках доминантной модели и комбинаций генотипов по двум полиморфным локусам одновременно.

Результаты. Частота встречаемости комбинации rs1800497 CT+ rs 1799732 ID [CT+ID] достоверно выше в контрольной группе (7,3%) по сравнению с группой пациентов (1,5%, ОШ=0,194 (0,042-0,902)). При использовании в качестве ковариат генотипов и их попарных сочетаний по двум локусам полиморфизма удалось построить модель, объясняющую 3,5% дисперсии и предсказывающую 52,2% вероятного исхода. В этой модели двухвариантной логистической регрессии только комбинация [CT+ID] являлась фактором, влияющим на исход (риск развития заболевания) с протективным эффектом: наличие такой комбинации снижает риск развития параноидной шизофрении на 80% (p=0,037). Для дальнейшего изучения влияния полиморфизмов гена дофаминового рецептора 2 типа необходимы более масштабные исследования, в которых возможна оценка совместного эффекта влияния нескольких полиморфизмов.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Кутушева Р.Р., Гумерова Р.Б.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет», г. Уфа

kutusheva79@bk.ru

Исследованы ценностные ориентации беременных женщин в структуре психологической готовности к родительству. Респонденты распределились на две возрастные группы: 1-я группа от 21-25 лет (56 человек), 2-я возрастная группа от 26-30 лет (44 человек). Все женщины первородящие.

Согласно методике М. Рокича различают терминальные и инструментальные ценности. Женщины 1-й группы выделили терминальные ценности: активная деятельная жизнь, работа, любовь, друзья, общественное признание, развлечения, свобода. Во 2-й группе беременных выявились другие тенденции в ценностных приоритетах: жизненная мудрость, развитие, счастливая семейная жизнь,

уверенность в себе.

Инструментальные ценности выступают как средства достижения цели. У женщин 1-й группы наиболее выражены ценности: высокие запросы, жизнерадостность, независимость. Женщины 2-й группы выделили чуткость и терпимость. Во 2-й группе преобладают ценности, позволяющие эффективно справляться с дискомфортом во время беременности, а в 1-й группе – более отвлеченные, связанные с высокими ожиданиями от окружающих.

В результате факторного анализа выделено пять значимых факторов. В 1-й группе: 1) эмпатико – философский; 2) фактор социально – волевой готовности к материнству; 3) когнитивный фактор готовности к материнству; 4) эмоционально – ресурсный; 5) фактор волевой готовности к материнству.

Во 2-й группе респондентов: 1) фактор когнитивно – волевой готовности к материнству; 2) социально–волевой; 3) социальная готовность к материнству (имеет много общего со вторым фактором в первой группе, но шкалы, вошедшие в него, отличаются); 4) эмоционально–ресурсный; 5) социально–когнитивная готовность к материнству: по существу фактор схож со вторым и третьим фактором первой группы, но обладает своей спецификой и отличается по содержанию большей развитостью, нежели в 1-й группе, что свидетельствует о более зрелой жизненной позиции женщин из 2-й группы.

Для 1-й группы когнитивный компонент представлен третьим фактором. Эмоциональный компонент готовности к материнству включил первый и четвертый факторы. Поведенческий компонент включил второй и пятый факторы. Для 2-й группы когнитивную готовность к материнству представили первый и пятый факторы. Эмоциональная готовность была отражена в четвертом факторе. Поведенческая готовность была показана в первом, втором, третьем и пятом факторах.

Когнитивный компонент в старшей группе выше на 22%. Эмоциональный компонент более выражен в 1-й группе (выше на 25,4%). Для беременных женщин младшей возрастной группы характерны ценности, которые направлены на внешний мир. В структуре психологической готовности к материнству у них преобладает эмоциональный компонент. Для более возрастных женщин специфичны ценности, направленные на ребенка. В структуре психологической готовности к материнству у них преобладают когнитивный и поведенческий компоненты.

Знания структуры психологической готовности женщины к родительству позволят своевременно диагностировать нарушения материнского поведения, спроектировать способы его коррекции и профилактики.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ПРОЖИВАНИЯ В ЗОНЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Кучерявая В.И., Цыба И.В

Республиканский наркологический центр, Донецкая Народная Республика, г. Донецк

ku4vika@gmail.com

Психические расстройства обычно имеют мультифакториальное происхождение, они неспецифичны, картина их во многом зависит не только от внешних, но и от внутренних условий (наследственность, преморбидная личность), дополнительных патогенных моментов. Особое место занимают транскультуральные исследования патогенного действия на психическое здоровье населения в экстремальных ситуациях. В таких условиях определяется также возрастание числа психосоматозов (выявление или обострение соматических и органических заболеваний, функциональных расстройств, в развитии которых большое значение имеют отрицательные психологические факторы или дистресс), которые, в свою очередь, могут привести к алкоголизации и наркотизации.

Донбасс всегда был сложным регионом: край шахтеров и металлургов с большой концентрацией городского населения, напряженным ритмом жизни и тяжелой экологической ситуацией. Война в Донбассе явилась мощным дистрессовым фактором абсолютно для всех категорий людей, независимо от возраста, пола, профессии и расстояния их жизнедеятельности от эпицентра военных действий. На сегодняшний день обязательными сопутствующими функциональными нарушениями каждого жителя Донбасса являются неврозы, нарушения сна, тревога, депрессии. Выявлена тенденция возникновения алкогольных психозов у людей, которые ранее не были замечены в злоупотреблении спиртными напитками.

Наиболее уязвимой группой лиц в изменившихся условиях жизни являются больные, зависимые от употребления алкоголя и других психоактивных веществ. У этих категорий прослеживается ряд изменений в поведении и реакциях на экстремальную ситуацию, выражающихся в следующих, наиболее распространенных формах: миграция в более "комфортные регионы" с целью продолжения привычного образа жизни, и, соответственно, продолжение алкоголизации (наркотизации); ситуационная ремиссия (чаще у наркозависимых) с измененным поведением, для получения привычной эйфории, ранее получаемой от употребления психоактивных веществ, а теперь путем девиантного экзальтированного поведения при непосредственном участии в военном конфликте (такие бойцы отмечаются руководством как особо храбрые и нацеленные на выполнение особо трудных и опасных заданий); злокачественное течение наркологических патологий.

Подавляющее число больных – непосредственных или опосредованных участников боевых действий, с наличием разных вариантов патологии - психопатологической, неврологической, соматической - необходимо рассматривать не просто как лиц с сочетанием, комбинацией ряда заболеваний, а как больных с наличием общей, организменной патологии, общего дезадаптационного синдрома. Именно с этих позиций возможны наиболее верные, адекватные, оптимальные подходы к диагностике, лечению, прогнозированию выявленных у них патологий.

СУИЦИДАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ЖЕНЩИН В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Лазебник А.И.

БУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница» Минздрава Удмуртской Республики, г. Ижевск
alazebnik51@mail.ru

Цель исследования: выявление влияния места постоянного проживания (город, село) на динамику распространенности частоты суицидов среди женщин Удмуртской республики (УР) в переходный период адаптации общества к условиям рыночной экономики.

Материалы и методы. Эпидемиологический анализ на основе официальной статистики суицидальной смертности городских и сельских женщин в УР за 12 лет (1992-2003гг.). Период условно разделен на три различающихся в социально-экономическом отношении этапа.

Результаты. На 1 этапе социально-экономических реформ (1992-1995 гг.) у женщин вне зависимости от их места проживания отмечен быстрый подъем частоты самоубийств в ответ на суицидогенное действие стрессов, возникших в связи с потерей работы, доходов, ценностных ориентиров. При этом темпы прироста показателя самоубийств за весь переходный период оказались наиболее высокими: +18,9% среди городских женщин и +15,3% среди сельских. Вместе с тем увеличение среднего уровня распространенности суицидов у сельских женщин, по сравнению с городскими, не было статистически значимым (соответственно 28,1 и 20,3 на 100000; $p > 0,05$). На 2 этапе социально-экономической нестабильности (1996-1999 гг.) суицидальная ситуация в республике несколько улучшилась. Начиная с 1996 г. уровень самоубийств стал постепенно снижаться, к 1998 г. он уменьшился у городских женщин с 25,0 до 18,4, у сельских женщин с 32,5 до 25,8. Но тенденция оказалось нестойкой и после дефолта под воздействием стрессов в 1999 г. опять имел место незначительный подъем частоты суицидов. Средний уровень распространенности самоубийств у сельских женщин был в 1,6 раз выше, чем у городских (соответственно 31,4 и 19,8; $p < 0,01$). Свообразие 2 этапа заключалось в том, что впервые за переходный период прирост частоты суицидов среди городских женщин стал отрицательным (-3,9%). Среди сельских женщин данный показатель остался положительным, хотя и заметно снизился (+3,6%). На 3 этапе социально-экономической стабилизации (2000-2003 гг.) уровень распространенности самоубийств практически не изменился по сравнению с таковым на предыдущем этапе. У сельских женщин он был в 1,6 раз выше (соответственно 27,1 и 17,5; $p < 0,001$). Средние темпы прироста ежегодных показателей частоты самоубийств и среди городских, и среди сельских женщин оказались отрицательными (соответственно -3,8% и - 6,9%), что свидетельствовало об их специфической устойчивости к стрессам переходного периода.

Выводы. Не выявлено существенных различий в динамике самоубийств между городскими и сельскими женщинами на всех этапах переходного периода. Это позволяет рассматривать стрессустойчивость как фактор, объясняющий стабильность показателей у женщин, независимо от их

места проживания. Такая стрессоустойчивость не должна успокаивать, поскольку уровень самоубийств у женщин, особенно тех, кто проживал в сельской местности, был довольно высоким даже по российским меркам. Поэтому обеспечение равного доступа к новым профилактическим технологиям является обязательным условием для разработки комплексных мер по превенции суицидов. Ее компонентом, как ожидается, будут интернет-технологии (онлайн консультирование и электронная почта) успешно внедряемые в РКПБ МЗ УР с конца 2013 г.

ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ландышев М. А., Петров Д. С., Минаева Н.А.

ФГБУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», г. Рязань
convallaria@bk.ru

Внутрисемейная агрессия (домашнее насилие) является международной проблемой общественного здравоохранения, влияющей на жизнь сотен тысяч людей каждый год. Домашнее насилие связано с существенными прямыми затратами медицинской и психиатрической помощи. Проблема агрессии в отношении лиц с ограниченными возможностями, находится, в настоящее время в центре внимания многих исследователей. В 2013 г. S. Oram et al. был опубликован систематический обзор по распространенности внутрисемейной агрессии в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами. Поиск в базе Российского индекса научного цитирования, позволил обнаружить лишь 13 работ по исследованию жертв агрессии и посвящены они изучению проблем насилия в отношении женщин и несовершеннолетних.

Цель исследования: изучение распространенности проявлений внутрисемейной агрессии в семьях лиц, страдающих психическими расстройствами. В задачи исследования входило уточнение данных о наличии и видах внутрисемейной агрессии в семьях пациентов; получение развернутой медико-социальной характеристики и оценки уровня социального функционирования пациентов исследуемой группы.

Материалы и методы. Сплошным невыборочным методом исследована группа лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся на лечении в дневном стационаре и психотерапевтическом отделении. Критерии включения: отсутствие острого психотического расстройства, слабоумия, согласие пациента на участие в исследовании. Исследование проводилось с помощью интервью по специально составленной карте-анкете, включавшей блоки вопросов: социально-демографический, сведений о заболевании, социально-трудовой, социально-бытовой, субъективных оценок уровня социального функционирования и вопросы о различных проявлениях внутрисемейной агрессии, и обращениях за помощью.

Результаты. Согласие на участие в исследовании получено от 32 человек, 19 пациентов отказались от исследования. Возраст респондентов от 31 до 68 лет, средний возраст $50,7 \pm 10$ лет. Женщины в исследуемой группе составили 68,7 %. Доля пациентов с невротическими расстройствами – около 40%, треть пациентов, изучаемой группы страдают шизофренией – 34,38%, у 9% больных выявлены аффективные расстройства и органические заболевания, 6% – пациенты с умственной отсталостью. Около половины пациентов (53,12%) сообщили, что они сталкивались в своих семьях с экономическим насилием. Более трети респондентов (34,4%) подвергались физической агрессии, 28% были избиты неоднократно. Каждый третий пациент сталкивался с эмоциональной агрессией внутри семьи (34,3%). Половина обследованных сообщила, что при общении с родственниками они испытывают негативные чувства.

Проведенное исследование выявило в отношении пациентов, страдающих психическими расстройствами, более высокий, чем в популяции психически здоровых лиц уровень внутрисемейной экономической агрессии, сравнимый уровень физической агрессии и более низкий уровень эмоциональной агрессии.

Для уточнения полученных данных необходимо проведение дальнейших исследований. Планируется адаптировать опросники по выявлению фактов внутрисемейной агрессии в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, провести систематический сбор информации в исследуемых группах для получения объективной картины распространенности агрессии и разработки путей ее профилактики.

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ И ПУТИ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Латыпова Л.Я., Латыпова Л.Ф., Мустафина Ф.Р.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики

Башкортостан, г. Уфа

LaraNur@mail.ru

Синдром детского аутизма является одной из наиболее сложных проблем современной психиатрии, к решению которой привлекаются не только психиатры, но и психиатры-эксперты медико-социальной экспертизы, психологи, педагоги, биологи, специалисты в области социальной реабилитации.

Проявления заболевания возникают в период от рождения до 3 лет. На протяжении 1-ого – 2-ого года жизни ребенок может развиваться нормально или иметь особенности в развитии, такие как необычно спокойное поведение, отсутствие реакции на дискомфорт и интереса к игрушкам, пассивность, отрешенность. У этих детей отсутствует взгляд «глаза в глаза», они нетерпимы к ласкам и прикосновениям, недостаточно эмоциональны, не способны отличать близких от посторонних. На 2-ом или 3-ем году жизни (чаще в возрасте 12 – 18 мес.) развиваются психотические состояния, представленные кататоническими, аффективными, психопатоподобными, неврозоподобными симптомами, сочетанными с остановкой в психическом развитии или явлениям регресса разной степени выраженности. Часто при обострениях развиваются тревожно-депрессивные состояния, тяжелые психопатоподобные расстройства с агрессивностью, усилением стереотипий, чертами гебоидности в поведении. Могут возникать выраженные страхи, нарушения сна, патологическое фантазирование, при этом вновь наступает остановка в психическом развитии.

Больные дети большую часть времени отрешены от окружающего. Лишь небольшой процент детей с трудом адаптируется в дошкольных и школьных учреждениях. Основная масса детей воспитывается дома, посещает реабилитационные центры, где занимаются с психологами, педагогами, логопедами и другими специалистами. Уход и воспитание за детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС) требует от родителей огромных сил, больших эмоциональных и экономических затрат. Ассоциация родителей детей страдающих аутизмом в г.Уфе организуют разнообразные проекты по внедрению больных детей в социум. Занятия в спортивной секции – адаптивные горные лыжи на базе спорткомплекса «АК Йорт» для детей страдающих аутизмом, а также посещение бассейна в профилактории «Тан», пользуются большой популярностью среди детей и родителей. Огромное положительное влияние оказывает занятие иппотерапией в санатории «Акбузат», и во время пребывания на лечении в детском отделении ГБУЗ РКПБ №1. Занятия спортом благоприятно действует на психофизическое, психоречевое развитие и психологическое состояние детей с РАС, что способствует улучшению адаптации детей в дошкольных и школьных учреждениях и в социуме в целом. Многие родители отмечают положительные сдвиги в формировании учебной мотивации, навыков самообслуживания, гигиены, коммуникации. Благодаря занятиям спортом, уменьшаются поведенческие нарушения у детей, негативизм, агрессивность, неврозоподобные состояния, нарушения сна. Активная физическая подготовка способствует исчезновению разнообразных страхов и стереотипных действий. Во время занятий со специалистами (педагогами, психологами, логопедами и др.) дети начинают проявлять интерес к занятиям, становятся более усидчивыми на уроках, слышат и выполняют задания. Необходимо отметить, что чем раньше ребенок социализируется в обществе, тем лучше он адаптируется во взрослой жизни.

О БРЕМЕНИ СЕМЬИ ДУШЕВНОБОЛЬНОГО

Левина Н.Б.¹, Любов Е.Б.², Куликов А.Н.^{1 2}

¹Общероссийская общественная организация инвалидов «Новые возможности»,

²ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва

lyubov.evgeny@mail.ru

Уточнение бремени неформальной помощи душевнобольным важно при стоимостном анализе болезни (так называемые непрямые медицинские, социальные и «неуловимые» издержки) и многоуровневой (целостной) оценке лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: определение потребностей и нужд близких душевнобольных.

Материалы и методы. В рамках международного (48 стран) исследования Европейского союза семей психически больных (EUFAMI) с помощью оригинального полуструктурированного опросника анонимно опрошены 161 человек, половина из которых женщины. Возраст респондентов $55,85 \pm 3,47$ (27-79) лет. Члены организации «Новые Возможности» («НВ») (9 региональных отделений) составили половину опрошенных (81 чел.); сельскими жителями были 7%. Большинство (77%) близких живет вместе с больными. Опекают обычно сына или дочь (67%), больных шизофренией (58%) или аффективными расстройствами (30%). Длительность расстройства $13,31 \pm 2,13$ (1-59) лет. Работают полный день или частично > 60% неформальных опекунов, не работают из-за ухода за больным < 2%.

Результаты. В последние 4 недели перед опросом почти у половины близких не было достаточно времени «для себя» (45%), не могли дать себе «передышку» (40%), строить планы (48%). Напряжения в отношениях с больными отметили 44% при зависимости последних от сторонней помощи (57%) и понимании близких неизменности ситуации в будущем (66%). Больные «раздражают» близких в 30% случаев, «дошли до точки», не могут «так жить» 17% опрошенных. Отношения с родными и друзьями напряжены из-за необходимости заботы о больном (37%); по $\frac{1}{4}$ испытывают чувство одиночества и сетуют на отсутствие поддержки ближнего круга. Опека занимает $56,19 \pm 3,09$ часов в неделю, не менее 7 часов рабочего времени. Доход $\frac{1}{2}$ семей позволяет с трудом «сводить концы с концами», именно в связи с уходом за близким человеком (40%). Финансовое положение беспокоит 52% опекунов. Общее здоровье неблагоприятно у 51%, связывают таковое с помощью больному 31%. Эмоциональное «истощение», неконтролируемая тревога, подавленность, мрачное видение жизни отмечает $\frac{1}{3}$ респондентов. Стигма и дискриминация актуальна для $\frac{1}{3}$, при получении профессиональной помощи их испытывает больше $\frac{1}{4}$ (подчиненность, «раздвоенность», стыд). Боятся за себя и близкого в связи с агрессией и самоповреждениями по $\frac{1}{5}$ респондентов. Положительный опыт ухода за больным (самопознание, помощь другим в понимании душевной болезни, терпимость) отметила $\frac{1}{4}$ часть; половина удовлетворена ролью, позволившей улучшить жизни больного.

Считают достаточной и понятной информацию о болезни более половины опрошенных. Участвуют в планировании лечения и реабилитации почти 60%. Доступность экстренной помощи (для предотвращения рецидива) отметили более 65% опрошенных. Качеством профессиональной помощи удовлетворены до 70%, но не возможностями трудоустройства (<20%) и лекарственным обеспечением (<30%). Нуждаются «очень» в большей поддержке 45%. Ждут от общества самопомощи защиты интересов семей на государственном уровне 75%. В передышке от тягот ухода за больным не нуждаются 7%, ждут временной подмоги близких 35%, в интернат готовы определить близкого 4%.

Предварительное сопоставление данных с выборками иных стран с различным уровнем качества психиатрической помощи показывает сходство самооценки отношений с больным и другими членами семьи, физического и душевного здоровья, «положительного» вклада опыта болезни близкого. Отечественные респонденты (близкие наиболее тяжелых душевнобольных) выше оценивают профессиональную помощь «в целом» и свою роль в терапевтическом процессе при недостатках лекарственного обеспечения и возможностях трудового восстановления. Однако они более рассчитывают на свои силы и возможности обществ самопомощи, не ожидая положительных подвижек в сложившемся положении в ближайшем будущем. Определенную коррекцию при оценке результатов опроса надо внести с учетом «нетипичной» выборки, представленной большей долей членов организации «НВ», обученных активистов при малой представленности сельских жителей.

ОПТИМИЗАЦИЯ ГЕРОНТОНАРКОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В НАРКОЛОГИИ

Литвинков Н.П., Дудко Т.Н., Папырин В.Д., Адамова Т.В., Коротина О.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва

t.dudko@mail.ru

В Российской Федерации, несмотря на самостоятельность наркологической службы, проблемам геронтонаркологии уделяется слишком мало внимания. Вместе с тем в Российской Федерации количество лиц старше трудоспособного возраста (60-70 лет и старше) по данным на 2014 г. составляет 33 788 663 человек. Не менее 1,5% из них имеют проблемы со злоупотреблением алкоголем. Эти граждане также подвержены многим другим психическим расстройствам, часто

встречающимся у пожилых лиц: субдепрессивные и депрессивные состояния, суициды, невротические и инволюционные расстройства, вызванные процессами старения. Нами обследованы две группы пациентов 60-70 лет. К первой отнесены больные алкогольной зависимостью, у которых алкоголизм сформировался до ухода на пенсию, ко второй – после ухода на пенсию. У больных первой группы давность заболевания алкоголизмом составляла 15-20 лет, употребление алкоголя после ухода на пенсию было почти ежедневным, толерантность – до 400-500 мл. водки в течение дня. Продолжительность постлечебных ремиссий не превышала 3 месяца. У больных второй группы стаж заболевания алкоголизмом составлял 2 - 5 лет, преобладало периодическое пьянство с псевдозапойми, толерантность 300-400 мл. водки в течение дня. Ремиссии после лечения не превышали 6 месяцев. Особо быстро прогрессировало злоупотребление алкоголем спустя 6 -12 месяцев после ухода на пенсию, что, как отмечают больные, обусловлено «бездельем», отсутствием перспективы трудоустроиться, ощущениями гнета социальной невостребованности, инволюционным ухудшением здоровья. Формированию алкоголизма после ухода на пенсию также способствуют резкое изменение образа жизни, смена стереотипов, сопровождающиеся чувством одиночества, депрессиями, диссомническими расстройствами. У большинства пациентов периоды злоупотребления алкоголем часто осложнялись сердечно-сосудистыми заболеваниями, гипертоническими кризами, нарушениями мозгового кровообращения.

Успех лечения (ремиссии 1-2 года) у обеих групп больных достигался в тех случаях, когда пациенты были госпитализированы в негосударственные реабилитационные центры (РЦ) с пребыванием в них не менее 3-6 месяцев. Вместе с тем, в виду отсутствия в стране государственных РЦ для лиц старшего нетрудоспособного возраста, выдержать столь продолжительные сроки реабилитации, особенно при низких пенсиях и необходимости оплачивать содержание в РЦ, удавалось лишь 9,7% больным. Отсутствие амбулаторных противорецидивных медицинских и социальных реабилитационных программ для лиц старше трудоспособного возраста, вынужденная безработица являлись основными причинами рецидивов заболевания.

Оптимизация и модернизация наркологической помощи в России требует повышенного внимания не только к гражданам детского и подросткового возрастов, но и обязательно к лицам пенсионного возраста. Необходимо в статистическом сборнике основных показателей деятельности наркологической службы РФ отражать стержневую информацию, касающуюся лиц старше 60 лет, особенно продолжительность терапевтических ремиссий, и создать стандарты оказания медицинской и социальной лечебно-реабилитационной помощи этой категории граждан в условиях стационаров и амбулаторий.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Лобачев А.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

lobachev_alexand@mail.ru

С момента официального признания расстройств адаптации как диагностического критерия (МКБ-9, 1978) возникли проблемы верификации данного диагноза. Однако, несмотря на неоднозначность этого термина, он был сохранен и при создании МКБ-10 из-за «практической полезности». Диагноз данного расстройства зависит от тщательной оценки соотношения между несколькими факторами: форма, содержание и тяжесть симптоматики; анамнез и особенности личности; психотравмирующие события и другие кризисные эпизоды повседневной жизни. При этом часто возникают сложности при дифференциации между различными проявлениями расстройств адаптации и нормальными реакциями приспособления. Поэтому некоторые авторы называют его «диагнозом мусорной корзины», который используют исходя из таких расплывчатых и всеохватных критериев, что он становится бесполезным. Проведенные исследования показали, что пациенты с расстройствами адаптации отличаются от лиц с диагнозом аффективных расстройств по многим параметрам, включая различия в природе психотравмирующего воздействия. Кроме того, отмечались также различия в индивидуальной предрасположенности или уязвимости в плане социальной изоляции.

Нами проводится исследование расстройств адаптации у военнослужащих с целью разработки адекватного подхода к их лечению и диагностики. В настоящее время изучено более 1000 историй болезни военнослужащих Западного военного округа, госпитализированных по поводу

расстройств адаптации в психиатрические стационары за период с 1986 г. по 2015 г. Даже на этапе исследования истории болезни возникали проблемы диагностических определений, так как в изучаемый период происходила смена международных классификаций расстройств. Кроме того, существуют значимые различия в формулировках диагнозов для вынесения экспертного решения о здоровье военнослужащих (определяемых локальными руководящими документами) и международной классификации болезней.

Средний возраст военнослужащих на момент госпитализации составил $32 \pm 13,5$ года, что свидетельствует о значимых возрастных особенностях при развитии данных расстройств. В подавляющем большинстве случаев (72,1%) госпитализация была первичной. В 9,6% первичных госпитализаций военнослужащих увольняли по болезни. Кроме того, в 34,1% случаях первичных госпитализаций, после наблюдения за пациентами, диагноз расстройство адаптации был изменен на другие. Чаще всего устанавливался диагноз, свидетельствующий о затяжном течении расстройства. А при повторной госпитализации изменение первичного диагноза происходило уже в 45,1% случаев.

Таким образом, в настоящее время существует проблема применения данной диагностической рубрики для военнослужащих, зачастую из-за отсутствия валидизированного психодиагностического инструментария. Такое положение дел приводит к частому использованию данной диагностической рубрики как этапной и соответственно требует разработки адекватного алгоритма диагностики данных расстройств.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ЛЁГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Ложникова Л.Е., Сурикова В.В., Кириакова Э.Н.

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Краснодар

qwerty150590@mail.ru

Проблема умственной отсталости занимает особое место в детской психиатрии. Высокая частота данной патологии указывает на социальную значимость этой проблемы, т.к. данный диагноз существенно снижает возможность социальной адаптации в обществе.

Цель исследования: анализ практического опыта диагностики умственной отсталости.

Материалы и методы. Обследованы 199 призывников, поступивших в ГБУЗ «СКПБ№1» по линии районных военных комиссариатов с предположительным диагнозом «Умственная отсталость легкой степени». Средний возраст составил ($17,9 \pm 0,4$) лет. Для оценки психического здоровья лиц призывного возраста были использованы: клинический метод исследования (сбор анамнестических сведений; анкета родителей; оценка психического статуса испытуемого) и патопсихологическое исследование (тест Векслера, тест Равена).

Результаты. В ходе обследования диагноз «Умственная отсталость легкой степени» подтвердился в 148 случаях (74,4%). Уровень интеллекта был ниже нормы (62-68 баллов). Все обследуемые обучались по коррекционной программе VIII вида или на домашней форме обучения по безоценочной системе. У 32 (21,6%) пациентов наследственность психопатологически отягощена умственной отсталостью близких родственников. Значительная часть обследуемых лиц (122 пациента – 82,4%) являлись жителями сельской местности. Ранее были консультированы врачом-психиатром 102 (69,0%) обследуемых, выставлен диагноз «Умственная отсталость легкой степени». Значительные нарушения поведения наблюдались у 22 (14,7%) пациентов; 15 (10,1%) имели группу инвалидности по данному заболеванию. В 42 случаях (21,1%) диагноз был изменен. У 22 призывников (11%) с нормальным уровнем интеллекта были выявлены эмоционально-неустойчивые черты личности: в школьном возрасте отмечались нарушения поведения, склонность к асоциальным поступкам, отказ от обучения с демонстративной целью. По решению ПМПК они были переведены на обучение по коррекционной программе VIII вида. Амбулаторно и стационарно у данной группы лиц диагноз не уточнялся. У 20 призывников (10%) диагностированы последствия перинатального поражения ЦНС (нарушение когнитивных функций) и изменен диагноз на «Органическое астеническое (эмоционально-лабильное) расстройство». Из них 25% ранее консультировались амбулаторно у врача-психиатра с жалобами на повышенную утомляемость, трудности при запоминании, рассеянность внимания. У 9 человек (4,5%) диагноз был снят. Результаты обследования подчеркнули необходимость более тщательной диагностики (подробного патопсихологического исследования) умственной отсталости в раннем возрасте и последующего

динамического наблюдения у врача-психиатра с целью организации комплексной психолого-медико-педагогической реабилитационной работы для пациентов с данной патологией.

Специфичность клинико-социального аспекта лёгкой умственной отсталости обуславливает необходимость верификации критериев ранней диагностики лёгкой умственной отсталости для предупреждения проблем гипердиагностики и социализации этих больных.

ВЫРАЖЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СТИГМЫ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Петрова Ю.И., Вид В.Д.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург

m.sorokin@list.ru

На фоне процесса деинституционализации служб психического здоровья, распространенность и последствия психиатрической стигмы делают задачу интеграции больных с психическими расстройствами в общество особенно острой. При этом для изменения социального имиджа психиатрических пациентов важно иметь представление о предубеждениях относительно психически больных.

Цель исследования: изучение выраженности и структуры стигматизации среди широких групп населения и у больных психическими расстройствами.

Материалы и методы. Обследованы 610 человек: 73% женщин и 27% мужчин. Здоровых добровольцев различных профессий – 183 человека, студентов немедицинских ВУЗов – 191, воспитателей дошкольных учреждений – 72, врачей-психиатров – 38, преподавателей гуманитарного ВУЗа – 20, студентов медицинского ВУЗа – 19, врачей общей практики – 18, психиатрических медсестер – 16, непсихиатрических медсестер – 4; пациентов отделения интегративной фармакопсихотерапии НИПНИ им. Бехтерева – 49 человек. 31% респондентов имел среднее образование, 18% - средне-специальное, 51% – высшее. Работающих – 64%, не работающих – 36%. Средний возраст респондентов – 28 лет; состоящих в браке – 34%. Нозологический спектр обследованных пациентов по МКБ-10: рубрика F2 – 25 человек, F0 – 15, F3 – 5, F4 и F6 – 4. Участники исследования заполняли раздел обесценивания/дискриминации (PDD) опросника воспринимаемой стигматизации (PSQ), где высокие показатели соответствуют низкому уровню дискриминации психически больных. Проводилось сравнение изучаемых групп с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), t-критерия Стьюдента, тестов Краскела-Уоллеса и U-Манна-Уитни для непараметрических данных. Результаты представлены с указанием ошибки средней в виде $M \pm SD$.

Результаты. Достоверных различий в общем уровне стигматизации между группами респондентов по возрасту, полу, образованию, социальному статусу и семейному положению выявлено не было. Обнаружено, что психиатры достоверно меньше стигматизируют психически больных, чем сами пациенты психиатрического стационара: суммарные баллы PDD $49,5 \pm 6,4$ и $44,8 \pm 8,3$ соответственно. Также более стигматизирующими по сравнению с врачами общей практики ($48,3 \pm 7,9$) были студенты немедицинских и медицинского ВУЗов, воспитатели дошкольных учреждений ($43,9 \pm 8,5$; $43,4 \pm 7,0$; $41,2 \pm 7,8$; $p \leq 0,05$). В первом случае пациенты более склонны к дискриминации за счёт восприятия психиатрической госпитализации как личной неудачи, худшего личного отношения к психически больным, готовности пренебрегать их официальными заявлениями и мнением (5,7,9,12 разделы PDD, $p \leq 0,05$). Во втором случае со стороны студентов и воспитателей ДДУ стигматизация преобладает при оценке госпитализации как признака личной неудачи ($p \leq 0,05$), а у работников дошкольных учреждений также в силу убеждения о недопустимости работы больных в школе (4 раздел PDD, $p \leq 0,05$). Последний стереотип в той или иной степени (средние показатели 1,8-2,9) разделяло большинство респондентов изучаемых групп – за исключением психиатров и пациентов стационара, средние баллы по 4 разделу опросника у которых были выше ($3,2 \pm 1,3$ и $3,7 \pm 1,4$ соответственно, $p \leq 0,05$).

Выявлены общепризнанный характер предубеждения о недопустимости работы психически больных с детьми, а также преобладание внешней стигматизации у пациентов с выраженными проявлениями самостигматизации. Результаты исследования также свидетельствуют о ключевом влиянии профессиональных факторов на характер дискриминации больных.

АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БОЕВЫХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Лыткин В.М., Нечипоренко В.В., Баурова Н.Н.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

baurova-n@mail.ru

В настоящее время, по мнению военных психиатров, под боевым стрессом понимают многоуровневый адаптационный процесс в условиях боевой обстановки, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений. Боевой стресс, как частный случай стресса, формируется вследствие воздействия комплекса патогенных факторов боевой обстановки:

- длительной и малопрогнозируемой, непосредственной и эмпирически наглядной угрозы жизни и благополучию индивида и его близким;
- психических и физических нагрузок, значительно превосходящих уровень повседневных по длительности и интенсивности;
- сомато- и психогенных влияний ранений, травм и заболеваний;
- выраженных эмоциональных переживаний увиденных случаев гибели людей, утраты друзей и близких и т.д.

Специфические нарушения, обусловленные боевым стрессом (боевые стрессовые расстройства), включают различные проявления дезинтеграции психической деятельности – от кратковременных реакций предпатологического характера до устойчивых, клинически оформленных состояний. Среди клинических вариантов боевых стрессовых расстройств выделяют:

- расстройства адаптации с преобладанием нарушения эмоций (невротические реакции) или поведения (патохарактерологические реакции);
- стресс-провоцированное аддиктивное поведение;
- стрессовые расстройства у раненых и контуженых;
- относительно редкие психотические формы.

К отдалённым последствиям боевого стресса относят боевые посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), которые на войне могут носить приспособительный характер, а в мирной жизни ведут к различным формам социальной дезадаптации. В массовом сознании нередко формируется стереотипное и во многом упрощенное представление о психологическом портрете ветерана, схожее с негативными образами ветеранов Вьетнама. В то же время, в последние годы за рубежом наметилась отчетливая тенденция к изменению общественного мнения применительно к этой социальной группе: отрицательный стереотип участников вьетнамских событий постепенно превращается в социально-положительный образ; происходит отделение вьетнамской войны от солдат, которые в ней участвовали. Именно практическая реализация принципа отделения в массовом сознании «войны» от «солдата» является главной задачей современного общества по отношению к ветеранам, так как в настоящее время в общественном сознании очень медленно происходит процесс размежевания «политических» и «психологических» аспектов минувших войн. Основными проявлениями «боевых» ПТСР при этом являются:

- изменения аффективности с постоянной тревогой и импульсивностью;
- настороженно-враждебное восприятие действительности;
- дефицит интрапсихической переработки с формированием категоричности и полярности суждений;
- переход к шаблонному реагированию на внешние раздражители.

Указанные симптомы ведут к затруднению межличностных контактов, регрессу личностного функционирования и вторичным невротическим, поведенческим и аддиктивным нарушениям. Для комбатантов типично чувство «изгоя общества» (он живёт как бы в двух реальностях: «там» и «здесь»), неспособность реагировать естественным образом на обыденные ситуации мирной жизни. Не случайно принято считать боевые стрессовые факторы лишь катализаторами, а не специфическими этиологическими факторами боевых ПТСР. Стратегия поведения комбатантов, проявляющаяся в особенностях преодоления жизненных трудностей (в том числе - и заболеваний), включает в себя систему типов личностного реагирования на болезнь и возникающую при этом социальную дезадаптацию, а также особенности внутренней картины болезни.

ГРУППЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Любов Е.Б.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
lyubov.evgeny@mail.ru

Типовая многоуровневая программа предупреждения суицидального поведения (СП) предполагает выделение групп-мишеней лиц с высоким риском суицида для первоочередных целевых лечебно-профилактических (биопсихосоциальных) мероприятий на основе широких скринингов с последующей индивидуальной (групповой) работой с суицидентами и их близкими.

Цель исследования. Выделение групп высокого риска СП в общей (население в целом), возрастных, профессиональных, клинических выборках.

Материалы и методы: клинко-эпидемиологический, социологический методы, систематический обзор литературы; данные национальных регистров и клинические выборки.

Результаты. К возрастным группам-мишеням суицида в населении относятся лица зрелого (35-55 лет) возраста (особенно мужчины) и пожилые (>65); наиболее социально уязвимые – жители сельской местности (малая доступность медпомощи), молодежь малочисленных народов Севера и Дальнего Востока, одинокие, безработные, мигранты и беженцы, бездомные, подследственные и заключенные, лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией. Низкий социальный статус усугубляет риск СП. В профессиональных группах наиболее подвержены риску СП военнослужащие (имеют доступ к оружию), медики (СП как следствие «выгорания»). В клинических группах риску СП подвержены депрессивные лица (с чувством отчаяния и безнадежности, бремени для себя и окружающих) и /или тревожные, злоупотребляющие психоактивными веществами (порой как средством самолечения), не выявленные своевременно и/или не леченные адекватно, а также резистентные к лечению и уклоняющиеся от него; соматические больные (особенно с хроническим болевым синдромом и/или ограничениями бытового и ролевого функционирования), В указанных группах проблематична верификация СП. Резонансное СП (обычно попытки самоубийства) несовершеннолетних определяет риск СП старших возрастов. В группе риска не менее 10% школьников в состоянии психосоциальной дезадаптации. Наиболее сильный предиктор СП – попытка самоубийства в прошлом – выделяет группу риска рецидива СП, а суицид в семье – вводит в таковую и близких (до 6-10) суицидента и указывает на важность поственции.

В результате выделены частично пересекающиеся группы риска СП, к которым отнесены лица с сочетанными клинко-социальными проблемами, требующими комплексного биопсихосоциального подхода, возможного силами многопрофессиональной бригады с привлечением обученных добровольцев (включая «выживших») и ресурсов общества (междисциплинарное взаимодействие). Эпидемиологическая представленность групп риска СП, существенное социально-экономическое бремя СП составляют проблему общественного здравоохранения и требуют гуманного подхода и привлечения ресурсосберегающего потенциала региональных (федеральной) программ предупреждения СП.

ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДОВ У ПОДРОСТКОВ

Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва.
kravchenkone@mail.ru

Согласно данным ВОЗ каждые 40 секунд в мире происходит самоубийство. Несмотря на внедрение в ряде стран программ по превенции самоубийств, их частота остается высокой (годовой глобальный стандартизованный показатель – 11,4 на 100 000 населения), не обнаруживая тенденции к снижению особенно у 15-19 летних лиц, у которых суицид занимает второе место среди причин смерти. Предлагаемые профилактические мероприятия основываются на понимании механизмов развития суицидального поведения и предрасполагающих к нему факторов. У подростков факторы риска совершения суицида мало специфичны, отмечаются при нозологически различной патологии и, по существу, отражают общую предрасположенность к психическим расстройствам. К ним относятся, в частности, семейное насилие в раннем детстве, низкий материальный достаток, неблагоприятные средовые воздействия, а также предшествующее аутоагрессивное поведение, наличие психических

расстройств, употребление алкоголя и наркотических средств, потеря близких и случаи самоубийства в семье. Нередко факторы риска действуют кумулятивно.

Нельзя отрицать, что аутоагрессивное поведение (в том числе, суицидальные действия, угрожающее жизни похудение больных нервной анорексией, рискованные увлечения и поступки) присущи индивидуумам в широком смысле с отклонениями в инстинктивной деятельности, в частности, ослабленным инстинктом самосохранения. Это, по-видимому, конституциональное свойство, объясняющее притупление инстинкта материнства и сохранения рода у родителей, воспитывающих свое потомство в условиях насилия и депривации. У их детей, будущих суицидентов, слабо выражена витальная тяга к жизни.

Подростки входят в группу лиц, наиболее уязвимых в отношении суицида также в силу того, что находятся в периоде, когда детское мировоззрение исчерпывает себя, а «взрослая» мотивация к жизни еще не сформирована, так же, как и иерархия ценностей. К тому же у подростка отсутствует достаточный опыт преодоления стрессорных ситуаций, умение найти оптимальное решение. Не являющееся раритетом семейное отягощение суицидами, а также ситуация самоубийства близкого человека могут снижать суицидальный порог у лиц, переживших утрату.

Несомненно, значимы декларируемые универсальные профилактические стратегии: ограничение доступа к средствам самоубийства, запрет безответственного освещения в средствах массовой информации случаев суицидального поведения, повышающего риск «подражательных» самоубийств, дестигматизация людей, ищущих помощи при суицидальных намерениях. Для подростков наряду с универсальными и селективными методами, направленными на уязвимые группы, не менее перспективны так называемые опережающие подходы (upstream approaches), воздействующие на предрасполагающие факторы и развитие защитных механизмов на ранних этапах жизни. Вмешательства, улучшающие окружающую обстановку и повышающие способность молодежи адаптироваться к ней, могут обеспечивать долгосрочные протективные эффекты, особенно, если они впервые проводятся в молодости. В подростковом и юношеском возрасте представляется важным помощь в формировании мотивации к жизни, выработке стратегий позитивного преодоления трудностей, осознании собственной значимости как индивидуума, повышении самооценки с формированием оптимистического мировоззрения, установлением прочных личных взаимоотношений. И хотя такого рода психологические и психотерапевтические вмешательства в современной экономической ситуации, когда самоубийства остаются низкоприоритетной проблемой, представляются трудно осуществимыми, необходимо стремиться к их внедрению с целью уменьшить число подростков, добровольно расстающихся с жизнью еще в самом ее начале.

К ПРОБЛЕМЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

Мазаненко О.М.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет», г. Уфа

oksanamazanenko@gmail.com

Проблема здоровья школьников становится в наше время все более актуальной, о чем свидетельствуют данные многочисленных обследований. Так, мониторинг психического и психосоматического здоровья школьников и анализ результатов диспансеризации (2002, 2004, 2006 гг.), обнаружили наиболее часто встречающиеся соматические заболевания: нарушение зрения, опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения. Изучение влияния информационной нагрузки показало, что при его избытке у школьников наблюдаются выраженные изменения регуляторных возможностей, которые свидетельствуют о напряжении механизмов адаптации. Исследования А. Захарова показывают, что количество страхов, а затем и невротичных страхов, связанных со школой, наблюдаются у учеников всего периода обучения, изменяются конкретные источники страхов, но психическое состояние тревоги и напряженности остается.

Таким образом, учеба представляет собой зону опасности для психического здоровья учеников, которая связана с противоречиями между уровнем требований и возможностями ученика, невозможность получить необходимую помощь при усвоении нового сложного материала постепенно формирует внутренний конфликт, который базируется на противоречии между потребностью в самоуважении, самовосприятии и одобрении со стороны значимых людей и низкими учебными достижениями.

Опасным для психического и психологического здоровья является и то противоречивое положение, в которое попадает ученик в процессе учебы. С одной стороны, система образования определяет все стороны деятельности ученика: содержание, методы организации учебы, план и структуру каждого урока и многое другое, и тем самым она берет на себя ответственность за результаты, а с другой стороны, выдвигает требования занять активную позицию в учебной деятельности. Такое противоречие также представляет опасность, как для ученика, так и для общества в целом.

Названные противоречия могут привести к глубоким внутренним конфликтам и ряду негативных последствий, таких как: патологизация эмоциональной сферы (невротичные страхи, внутренние конфликты, преобладание переживаний тревоги, гнева, скуки на занятиях, отчуждение от школы); несостоятельность базовых моральных позиций (нарушение представлений о ценностях, отсутствие жизненных перспектив); гипертрофия и «перекручивание» базовых моральных позиций (крайняя неадекватность поведения школьника в разных жизненных ситуациях).

Перечисленные опасности для психического здоровья детей достаточно остро ставят вопрос о качественной экспертизе разных сторон обучения (содержание, объем, кадры, методическое обеспечение, инновационная деятельность и т. п.).

Знания о существовании возможных рисков и аномалий психического здоровья участников образовательного процесса позволяют специалистам адекватно проводить профилактическую работу, ставить психодиагностические задания, вести консультативную и коррекционную работу среди учеников, их родителей и педагогического коллектива школы.

СИСТЕМНОСТЬ И МНОГОПРОФИЛЬНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Макаренко С.Л., Гурьянова Т.В., Зиганшин Ф.Г.

ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева»

Минздрава Республики Татарстан;

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

Tatyana.Guryanova@tatar.ru

Психологическая работа в РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева базируется на принципах системности и многопрофильности. Медицинские психологи организованы в единую психологическую службу, что в наибольшей степени способствует решению практических задач психиатрической организации по оказанию психологических услуг пациентам. Роль медицинского психолога является заметной во всех сферах медицинской деятельности – диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной, экспертной, экстренной при чрезвычайных ситуациях и др.

Миссия доступности и эффективности психологической помощи для каждого в ней нуждающегося достижима при условии ее своевременности, достойного уровня и качества оказания услуг. Психологическая служба, как организационное единство, является технологией достижения поставленных целей.

В условиях объединения медицинских психологов в единую рабочую структуру достигается формирование у медицинских психологов менталитета и чувства профессиональной принадлежности к своей отрасли знаний и умений. При организационном единстве происходит рост профессионального уровня психологов за счет профессионального взаимодействия, обмена опытом в рабочем процессе, в единстве методологических и методических подходов. Организационное единство позволяет реализовать специализацию и углубленную подготовку отдельного медицинского психолога в решении узконаправленных или специфических задач психиатрической практики, в то же время, обеспечивает универсальность профессиональной подготовки и многопрофильность деятельности каждого медицинского психолога. Происходит лучшая организация рабочей деятельности - планирование, распределение, замена или совмещение работы между медицинскими психологами, позволяющая своевременно и адресно предоставлять психологические услуги. Обеспечивается взаимозаменяемость медицинских психологов на разных направлениях и участках практической работы. Удовлетворяется соответствие культурально-языковой принадлежности пациента.

В основу презентуемой модели организационного единства психологической службы положен принцип системности:

- системная образовательно-практическая подготовка медицинского психолога, основанная на научно-обоснованном подходе;
- задействованность медицинского психолога на всех этапах ведения пациента – диагностики, лечения, реабилитации или решения экспертных вопросов;
- преемственность и перенос знаний и опыта из одной сферы психологической деятельности (диагностической, коррекционной, экспертной, экстренной) в другую;
- специфичность психологической практики с учетом национальной принадлежности на основе языковой и культуральной идентичности медицинского психолога и адаптированности методического инструментария.

Принцип многопрофильности заключается в компетентности и задействованности медицинского психолога в разных направлениях психологической практики: психодиагностике, психокоррекции, возрастной патопсихологической диагностике и коррекции, судебной психолого-психиатрической экспертизе, экстренной психологической помощи при чрезвычайных ситуациях, лекционно - просветительской и профилактической деятельности, участии в межведомственных взаимодействиях.

ТЕСТИРОВАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ: СОЦИАЛЬНЫЙ ЗАКАЗ

Макаров А.В., Мирошниченко Е.Л.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва
borneo1@mail.ru

Тестирование учащихся в учебных заведениях призвано предотвратить первоначальные эксперименты с наркотиками. Оно базируется на принципе удерживания учащихся от употребления психоактивных веществ. Таким специфическим образом государство как бы предупреждает подростков о нежелательности наркотических проб и возможных санкциях как со стороны законодательства, в том числе ограничений при трудоустройстве или продолжении обучения, а также со стороны общественной морали (осуждение, стигматизация, отвержение и т.п.). В то же время государство позволяет уклониться от процедуры тестирования и организационными мерами упреждает о возможной проверке. Таким образом, каждый учащийся и его родители получают официальный сигнал о недопустимости обращения к наркотикам даже из любопытства.

Практика показывает, что несовершеннолетние изобретают (в том числе с помощью интернета) множество способов фальсификации результатов или уклонения от процедуры тестирования. Наряду с этим определенная часть родителей «защищает» своих детей от проверки на потребление наркотиков, тем самым демонстрируя недоверие к государственным учреждениям и укрепляя границы своего семейного мира. Типичные аргументы, которыми в таких случаях руководствуются родители: «в нашей семье наркомания невозможна», «мы сами разберемся», «мы не верим в объективность и надежность этой проверки», «не позволим испортить ребенку жизнь» и т.п.

Правозащитники и эмоциональные журналисты, заботясь о нерушимости семейных уз и тонкой детской психике, приводят скандальные примеры «нарушения прав человека» или «непрофессионализме» полиции, о низкой профессиональной этике работников образования и здравоохранения. При этом от внимания подобных борцов за права ребенка ускользает то важное, на наш взгляд, обстоятельство, что тестирование на наркотики направлено не только на выявление «нарушителей» общественного порядка, но также на обеспечение здоровой, незараженной среды для развития всего коллектива и тех детей, кто воздерживается от соблазнов наркотизации.

Профессиональное сообщество находится в постоянном поиске расширения возможностей профилактики наркомании. Первоначально предлагался «мягкий» вариант психологического исследования с последующим анализом биологической пробы мочи. Затем был разработан вариант расширенной диспансеризации, включающей осмотр нарколога. Возражения и сомнения в эффективности уравниваются несомненной заботой о психическом здоровье молодежи.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВОЗРАСТНЫХ ГРАНИЦАХ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ

Макарова Т.Е.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
makarovatoma@mail.ru

Ранее было показано, что у лиц с педофилией наблюдается нечеткость, недифференцированность восприятия возрастных качеств объекта сексуального влечения, однако для построения адекватного патопсихологического симптомокомплекса при педофилии необходимо уточнение его содержательного аспекта.

Цель исследования: изучение возрастных аспектов полоролевой идентичности у лиц, совершивших сексуальные преступления в отношении несовершеннолетних.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись лица, проходившие судебно-психиатрическую экспертизу в связи с совершением сексуальных преступлений в отношении детей. Первую группу составили 34 человека, которым было установлено расстройство сексуального предпочтения в виде педофилии. Во вторую группу вошли 26 человек без диагноза расстройства сексуального предпочтения. Контрольную группу составили 30 человек, никогда не привлекавшихся к уголовной ответственности. Использовали методики: «ЦТО» – Цветовой тест отношений; Методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн; «ПВИ-ПВ» – Половозрастная идентификация (Н.Л. Белопольская).

Результаты. Установление связей между образами «Мужчина» - «Мальчик» / «Ребенок», «Женщина» - «Девочка» / «Ребенок» значимо более характерно для правонарушителей, чем для группы нормы (по методике «ЦТО»). Кроме того, правонарушители в сравнении с группой нормы видят меньше различий в качествах между взрослыми и детскими образами, однако лица с диагнозом педофилии в этом плане оказываются еще более неадекватными. Например, лица с педофилией оценивают женщину как более второстепенную и асексуальную, чем подростка-девушку, и такую же сексуальную, как девочка. Лица без диагноза все же наделяют женский образ большей значимостью и сексуальностью, чем детские (по методике «Дембо-Рубинштейн»). Наряду с этим лица с педофилией значимо реже, чем две другие группы, составляют правильную последовательность возрастов (по методике «ПВИ-ПВ»).

Нарушение восприятия возрастных границ образов свойственно для всех правонарушителей, однако у лиц с педофилией оно носит более тотальный характер: индивиды без диагноза в принципе понимают отличие взрослых от детей, хотя и проводят между ними весьма условную границу; у лиц с педофилией же эти границы сильно размыты.

ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Максимчук В.П., Зиматкина О.С.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск,
Республика Беларусь
belnarkolog@tut.by

Реабилитация в наркологии – это система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления алкоголя и наркотиков.

В Республике Беларусь на 1 февраля 2016 г. под диспансерным наблюдением у психиатра-нарколога находилось 178 318 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и наркотических средств (1880,8 на 100 тыс. нас.). В 2015 г. было развернуто 1 307 наркологических коек, из которых только 225 имеют статус реабилитационных и 883 мест в отделениях дневного пребывания. В 2015 г. стационарно пролечилось 39 680 чел., а в отделениях дневного пребывания пролечилось 17 678 чел. Эффективность диспансеризации в 2015 г. составила 8,7%. Кроме того, в 2015г. прошли медико-социальную реадaptацию в лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП) 8 147 чел., из них 1 539 женщин, в 2014 г. 6 586 чел., (женщин 1 435 чел.), в 2013г. 5 770 чел. (женщин 1 337 чел.).

Реабилитация пациентов с алкоголизмом и наркоманией в условиях ЛТП довольно дорогостоящая процедура. Так по данным, приведенным в докладе В.И. Иванова (Госнаркоконтроль) реабилитация наркоманов в России потребует 1,5 миллиарда рублей в год, что в 20 раз меньше затрачиваемых государством средств на действовавшую в СССР систему лечебно - трудовых профилакториев. С учетом этого, целесообразно создать государственную систему реабилитации для пациентов с алкоголизмом и наркоманией с использованием потенциала специализированных организаций здравоохранения. Это даст возможность привлечь к реабилитации и пациентов, которые страдают синдромом зависимости от алкоголя и наркотических средств, но не совершивших правонарушений и имеющих установку на лечение. Наиболее оптимально создавать такие реабилитационные отделения на базе специализированных организаций здравоохранения. В настоящее время в Республике Беларусь идет активный процесс трансформации и реструктуризации наркологической службы в направлении реализации современной лечебно-реабилитационной концепции оказания наркологической помощи.

Существует несколько основных алгоритмов создания реабилитационных структур: выделение специализированных «реабилитационных коек» в структуре обычных наркологических стационаров; целенаправленная трансформация наркологических отделений в специализированные лечебно-реабилитационные подразделения; организация самостоятельных реабилитационных учреждений. Исходя из имеющихся на местах возможностей, местные органы управления совместно с областными управлениями здравоохранения могут выбрать ту или иную модель создания реабилитационных структур.

Необходимо продолжать работу по созданию в Республике Беларусь реабилитационных отделений для пациентов с алкоголизмом и наркоманией с подготовкой кадров и необходимой нормативно правовой базой для их функционирования.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ

Макушкин Е.В., Данилова С.В., Панченко Е.А., Бородин В.И.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
evm14@list.ru

Формирование информационного общества ставит новые задачи перед системой образования, которая является его важнейшим звеном. Трансформация системы образования определяет необходимость адекватного решения возникающих при подготовке врача-психиатра вопросов.

Цель исследования: решение существующих проблемных вопросов в образовательном процессе при подготовке врача-психиатра.

Материалы и методы. Был проведен анализ опыта работы учебно-методического отдела ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России с 2010 по 2015 гг.

Результаты. Среди особенностей подготовки будущего врача-психиатра можно выделить: специфику психиатрии, как медицинской науки (особое значение в диагностике и терапии психического и социального аспектов функционирования личности); особенности формирования клинического мышления; постоянно обновляющиеся научные знания и появляющиеся на их основе практические навыки (пересматриваемые классификации болезней, появление более совершенных препаратов и внедрение новых технологий); включение в образовательные программы модулей, обязательных для усвоения (детская и подростковая психиатрия, суицидология, сексология, психология и др.); внедрение в практику подготовки врачей современных образовательных стандартов.

Решение существующих задач в сфере образования видется в следующем: пересмотре программы последипломной подготовки врачей; в увеличении сроков обучения (так оптимальным вариантом является увеличение сроков обучения в ординатуре до 3 лет – в течение первых двух лет предполагается освоение психиатрии, затем дополнительной специальности); создании последовательных модулей обучения на основе последних достижений научно-технического прогресса; обучении специалистов для каждого этапа оказания медицинской помощи; разработке системы контроля качества оказываемых образовательных услуг.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Макушкина О.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

makushkina@serbsky.ru

Важным условием эффективной профилактики повторного опасного поведения психически больных является обеспечение качества исполнения принудительных мер медицинского характера. В его основе лежит реализация биопсихосоциальной модели оказания помощи пациенту с функциональной диагностикой психического расстройства, мультидисциплинарным взаимодействием специалистов. Систематизация клинического опыта и результатов научных исследований в данном направлении психиатрии свидетельствует о целесообразности выделения клинической, психологической и социальной осей при формировании функционального диагноза у пациентов с риском опасного поведения.

С использованием данного подхода по клинической оси должны регистрироваться: диагноз психического расстройства и особенности его течения, актуальный психопатологический синдром; наличие расстройства личности, болезней зависимости; соматические заболевания; психопатологический механизм совершенного общественно опасного деяния; клиничко-психопатологические факторы риска опасного поведения.

По психологической оси оцениваются: состояние основных сфер психической деятельности (когнитивные функции, эмоционально-волевая сфера), личностные особенности, потребностно-мотивационная сфера, особенности эмоционального реагирования, типы реагирования на фрустрацию, механизмы психологической адаптации, самоконтроль, отношение к болезни и проводимому лечению, психологические конфликты, тип приспособительного поведения и пр. По данной оси определяются ведущие патопсихологические симптомокомплексы, оцениваются адаптационные возможности пациента, реабилитационный потенциал, выделяются психологические факторы, способствующие и препятствующие формированию опасного поведения.

Социальная ось, как правило, включает две составляющие. Оценка социального функционирования проводится с анализом способности больного к самообслуживанию, трудовой деятельности, его семейной адаптации, а также способности к социальному функционированию в целом. Оценка контекстуальных факторов предполагает анализ проблем, связанных с поддержкой окружающих, включая семейные взаимоотношения; социальным окружением; жилищным и материальным положением; утратой трудоспособности или безработицей; употреблением алкоголя или психоактивных веществ; невыполнением медицинских рекомендаций, несоблюдением схемы и режима лечения, агрессивным и аутоагрессивным поведением в анамнезе и пр. По данной оси регистрируются: особенности социальной адаптации пациента, характер имеющихся у него проблем социального функционирования (семейных, жилищных, трудовых, материальных, наличия асоциального окружения); выделяются социальные факторы риска опасного поведения.

Представленные параметры функциональной диагностики позволяют определить оптимальную для больного тактику лечебно-реабилитационной работы: психофармакотерапии, психотерапевтического и психокоррекционного воздействия, социотерапевтических мероприятий. Они являются обобщающими показателями для формирования индивидуальных программ психосоциальной реабилитации и оценки эффективности их реализации, определяющими достижение цели исполнения принудительных мер медицинского характера.

ОЦЕНКА РИСКА ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ – КОМПЛЕКСНЫЙ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ И МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Макушкина О.А., Муганцева Л.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

makushkina@serbsky.ru

Проблема влияния психических расстройств на формирование опасного поведения, оценка его риска и определение эффективных мер медицинской профилактики сохраняет свою актуальность для психиатрического сообщества. Ее решение требует дальнейшей научной проработки.

Цель исследования: изучение риска опасного поведения лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, с использованием клинического и статистического подходов.

Материалы и методы. Проведено сравнительное исследование 172 больных, совершивших общественно опасные действия и признанных судами невменяемыми, и 100 пациентов с длительностью заболевания более 10 лет с законопослушным поведением. Анализировались 53 социальных и психопатологических факторов (признаков), каждый из которых имел несколько градаций. С помощью хи-квадрат критерия с последующим применением неоднородной статистической процедуры распознавания выделены наиболее информативные признаки, произведено их ранжирование по значению информативности, рассчитаны прогностические коэффициенты в отношении риска общественной опасности.

Результаты. Установлена высокая информативность для оценки риска опасного поведения психически больных следующих факторов: низкого уровня образования; эксплозивной, возбудимой, агрессивной, асоциальной личностной структуры в преморбиде; расстройств поведения в детско-подростковом возрасте; материальной необеспеченности; жилищной неустроенности; конфликтных взаимоотношений с родными и близкими; зависимости от алкоголя и наркотических средств; коморбидности психического расстройства, болезней зависимости и перенесенных травм головы; противоправного поведения в анамнезе; отсутствия трудового стажа; некомплайентности больного; а также клинико-психопатологических характеристик психического расстройства: выраженных нарушений поведения; эмоциональной измененности, парадоксальности, искажения морально-этического смысла, отсутствия чувства вины, эмпатии, сопереживания; хронических бредовых и галлюцинаторно-бредовых синдромов; выраженной прогрессивности заболевания со значительным нарушением когнитивных, критических функций, эмоциональной неадекватностью и огрубленностью личностной структуры.

Предложена методика оценки риска опасного поведения, основанная на комплексном применении клинико-психопатологического и математико-статистического методов с определением факторов риска, их информативности и прогностических коэффициентов.

Анализ указанных признаков позволит психиатрам получить представление о потенциальной общественной опасности больного, принять решение о необходимости применения специальных мер предупреждения опасного поведения; сформировать эффективные индивидуальные программы психосоциальной терапии и реабилитации, профилактики совершения опасных действий. Методика, основанная на комплексном применении клинического и математико-статистического методов, может оказаться значимой для специалистов психиатрической службы и судов в аспекте прогнозирования риска опасного поведения психически больных, выделения информативных оценочных показателей.

БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Малыгин В. Л., Меркурьева Ю.А., Искандирова А.С., Пахтусова Е.Е

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва.

malyginvl@yandex.ru

Цель исследования: изучение биологических, социальных и личностно-характерологических факторов, влияющих на формирование интернет-зависимости.

Материал и методы. Обследовано 1084 подростка. В работе были использованы тест Чена на интернет-зависимость (CIAS) в адаптации В.Л. Малыгина, К. Феклисова; опросник Кеттелла HSPQ;

патохарактерологический опросник МПДО, опросник АСВ 2 (В. Юстицкис, В.Г. Эйдемиллер), проективная методика «Мать и Дитя» (М.Л. Мельникова); проективная методика «Семейная социограмма» (Э.Г. Эйдемиллер); тест социального интеллекта Гилфорда; методика диагностики эмоционального интеллекта MSCEIT.

Результаты. Выявлено, что 318 из обследованных подростков (29,3%) злоупотребляют интернетом. Признаки сформированной интернет-зависимости обнаружили 46 (4,3%) подростков. Нейропсихологические исследования 30 интернет-зависимых подростков обнаружили, что у них, по сравнению с условно здоровыми подростками достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечается сглаженность межполушарного взаимодействия, функциональная слабость межполушарных комиссур и левой передней доли мозга, что увеличивает нагрузку на первый и третий блоки мозга, вызывая утомляемость. Подростки могут использовать интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание. Напряженная деятельность в интернете, способствует еще большему истощению, формируя тем самым своеобразный порочный круг зависимого состояния.

Исследование 111 семей подростков выявило, что в семьях интернет-зависимых подростков достоверно чаще отмечается тип воспитания с чертами гиперпротекции или гипопротекции, непоследовательности и амбивалентности в воспитании родителями подростка. Исследование характерологических свойств 384 подростков с интернет-зависимым поведением обнаружило: снижение регуляторно-волевой сферы, импульсивность, беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, затруднение самоконтроля. Подростки с возбудимыми и интровертированными чертами характера являются наиболее уязвимыми по отношению к виртуальной среде. Исследование эмоционального интеллекта 94 подростков с интернет-зависимым поведением выявило достоверное снижение его, по сравнению с контрольной группой (49,25 и 51,42, соответственно, $p < 0,05$). Такие подростки достоверно хуже идентифицируют эмоциональное состояние других людей и окружающего пространства, обладают сниженной чувствительностью к характеру и оттенкам человеческих взаимоотношений, что затрудняет их взаимодействие с другими людьми и, соответственно, их адаптацию в социуме.

Возникновение интернет-зависимости у подростков обусловлено как биологическими факторами (врожденная функциональная недостаточность головного мозга) так и особенностями семейного воспитания (амбивалентный стиль воспитания, недостаточная эмоциональная близость), что, в свою очередь, способствует формированию дезадаптивных личностных черт в виде возбудимости, эмоциональной неустойчивости, личностной фрустрированности, а также неразвитости эмоционального и социального интеллекта. Указанные личностные свойства препятствуют своевременной социальной адаптации подростков, усиливают межличностные конфликты и способствуют бегству в интернет-пространство, которое, в свою очередь, оказывает аддиктогенный эффект.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Малыгин В.Л.¹ Исаев Р.Н.³, Кутукова Е.А.¹, Бродянский В.М.², Кибитов А.О.²

¹ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России,

²ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России,

³«Клиника доктора Исаева» г. Москва

malyginvl@yandex.ru

Цель исследования. Изучение особенностей индивидуально-психологических свойств у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) с разными уровнями генетического риска

Материал и методы: В исследование вошли мужчины, этнические русские, всего 107 чел., из них 67 чел.- пациенты с зависимостью от разных видов ПАВ (опиаты, психостимуляторы, каннабиноиды (в т.ч. «спайсы»), 20 чел. - группа сравнения, больные, зависимые от алкоголя и 20 чел. - контрольная группа здоровых добровольцев. Методы исследования: 1) опросник черт темперамента и характера К. Клонинджера «Temperament and Character Inventory» (русскоязычная версия - TCI-125, адаптация С.Н. Ениколопова и А.Г. Ефремова), 2) шкала импульсивности Баррата (Barrat Impusivity Score (BIS)). Все пациенты с зависимостью от наркотиков прошли генотипирование с

целью выявления уровня генетического риска формирования болезней зависимости от ПАВ: низким ($\leq 1,5$ баллов) и высоким ($\geq 2,0$ баллов) уровнем генетического риска.

Результаты. Выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) между пациентами и здоровыми лицами по большинству шкал импульсивности Баррата. Интегральный показатель импульсивности Баррата, по сравнению с контрольной группой, также достоверно выше у обеих групп больных с зависимостью от ПАВ, составляет более 70 баллов и отражает наличие патологической импульсивности у данной категории лиц. При этом больные, зависимые от наркотиков отличаются достоверно большей ($p < 0,05$) неорганизованностью и спонтанностью своих действий, по сравнению с больными, зависимыми от алкоголя. По данным опросника Клонинджера больные, зависимые от наркотиков, по сравнению с больными, зависимыми от алкоголя ($p < 0,05$) более тревожны и склонны к избеганию опасности, более ориентированы на духовный поиск и менее способны регулировать свое поведение. По данным опросника Баррата у больных, зависимых от ПАВ с низким уровнем генетического риска интегральный показатель импульсивности достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных с высокими показателями генетического риска. Обнаружены слабо отрицательные корреляционные связи уровня генетического риска и шкалы поиска новизны опросника Клонинджера. Пациенты с высоким уровнем генетического риска обнаруживают сравнительно более низкий уровень избегания опасности, т.е. осознанно склонны к рискованному поведению. В зависимости от «наркотика выбора» поиск новизны по данным опросника TCI-125 достоверно выше ($p < 0,05$) среди зависимых от стимуляторов и курительных смесей, по сравнению с зависимыми от опиатов.

Таким образом, выявлен ряд индивидуально-психологических свойств, способствующих приобщению к употреблению ПАВ: высокий уровень импульсивности, неорганизованность и спонтанность действий, склонность к трансцендентному опыту. Особенности психологических свойств, в частности показатель поиска новизны, способствуют выбору наркотика. Имеются определенные взаимосвязи показателей уровня генетического риска и ряда психологических свойств.

ПСИХОГИГИЕНА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Малютина Ю.А.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики

Башкортостан, г. Уфа

midoru@mail.ru

Психогигиена детства основывается на учете особых качеств психики ребенка, позволяющих обеспечить гармоничное ее формирование. Главная особенность деятельности дошкольника всегда проявляется в играх. И поэтому очень важна правильная организация игровой деятельности ребенка. Именно это является залогом наиболее полноценного формирования психики ребенка.

Формирование психики ребенка в некоторой степени обеспечивается при помощи исторически сложившихся систем воспитания. Повседневная жизнь ребенка наполнена неожиданностями, разнообразием человеческих индивидуальностей, и это, говорит о том, что воспитание ребенка должно быть организованным и структурированным, поэтапным процессом, и должно направляться не только семьей, но и воспитателями дошкольных учреждений. Воспитание выступает в роли орудия формирования гармоничной, психически здоровой личности лишь в том случае, если учитывается ее индивидуальность и строго соблюдаются психогигиенические требования.

Очень важна психологическая атмосфера, в которой воспитывается ребенок. Так как в детстве происходит последовательное развитие и усложнение впечатлительности. В этот период ребенок, в основном, живет впечатлениями от окружающих его событий и явлений, на основе которых, формируется его психическая деятельность. Подростки же, в свою очередь, строят свои суждения и умозаключения уже и на сочетании образов, вызванных непосредственными впечатлениями, с образами представлений, хранящимися в памяти. На основе субъективного оперирования такими образами появляется рефлексия, что является необходимым условием для развития личности.

Психогигиеническая работа с детьми должна проводиться на всех этапах их развития, в семье, в дошкольных учреждениях, в школе. Ведущая роль в обеспечении психогигиенических мероприятий принадлежит родителям и педагогам. Психогигиеническая работа вне школы должна быть направлена на ослабление воздействия на ребенка или подростка нездоровых бытовых и психологических условий в семье, влияния неформального окружения. С учетом особенностей психики подростка, важно найти разумный баланс между требовательностью и терпимостью,

стремиться к сохранению контакта с ним, стараться не потерять его доверие. Необходимо с пониманием относиться к проблемам подростка, помочь найти интересные занятия (увлечения, хобби другое) и всячески поддерживать его полезные увлечения, способные уменьшить риск вовлечения в асоциальные компании.

ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ОСУЖДЕННЫХ С ПЕРВОЙ СУДИМОСТЬЮ ПО КОРЫСТНЫМ ПРЕСТУПЛЕНИЯМ

Мартынова А.А.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»,
г. Санкт-Петербург
maa.martynova@yandex.ru

В исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ) жизнь человека полностью меняется во всех сферах. Осужденному долгое время необходимо находиться в тесном взаимодействии с другими заключенными. Отбывание наказания сопровождается невозможностью остаться одному. Заключенным необходимо подчиняться общим правилам, требованиям. Происходит усвоение правил, ценностей и традиций. Отбывание наказаний в ИТУ является стрессовым фактором, приводящим к изменению, как в поведении, так и в функционировании организма в целом. В ИТУ у осужденных наблюдаются признаки депрессии, тревоги, беспокойства, чувство неспособности справиться с ситуацией вплоть до безысходности. У заключенных также могут проявляться вспышки агрессии.

Целью исследования является профилактика расстройств приспособительных реакций у осужденных с первой судимостью по корыстным преступлениям.

Материалы и методы. Обследовали 240 заключенных по корыстным преступлениям. Из них 60 женщин с одной судимостью и 60 женщин с многократной судимостью, а также 60 мужчин с одной судимостью и 60 мужчин с многократной судимостью. Осужденные находились на первоначальном этапе отбывания наказаний.

Результаты. При анализе данных «расстройства приспособительных реакций» (F43.2 по МКБ-10) наблюдались у 96% осужденных вне зависимости от пола и количества судимостей. У 4% осужденных данный вид расстройств не выявлялся, и они успешно адаптировались к условиям ИТУ.

В ходе исследования выявлено, что у осужденных с одной судимостью ярко проявлены такие симптомы, как: головные боли, отсутствие аппетита, сниженный фон настроения, нарушение сна. При тех же условиях у осужденных с многократной судимостью данная симптоматика также присутствует, но проявляется не столь интенсивно. Для осужденных с первой судимостью наиболее эффективно использовать индивидуальную работу, поскольку групповая форма работы носит унифицированный характер, тогда как в работе с многократно осужденными целесообразно использовать групповую форму работы, для активизации приспособительных реакций в более короткие сроки.

Как показывает практика, у заключенных женщин с нарушением расстройств приспособительных реакций наблюдается ярко выраженная эмоциональная неустойчивость, плаксивость, нарушение аппетита, нарушение сна, головные боли, эмоциональная неустойчивость. У заключенных мужчин данная симптоматика также присутствует, но в более сложном варианте – чаще наблюдается импульсивное поведение и вспышки агрессии.

В профилактике и психокоррекции расстройств приспособительных реакций важно учитывать семейное положение осужденного. Семья является одним из основных ресурсов, помогающих осужденным в преодолении стрессовой ситуации, в которой они находятся. Женщины обеспокоены изменением во взаимоотношениях с членами семьи (с родителями, супругом, детьми). Они очень надеются на поддержку с их стороны, и эта надежда им помогает. Осужденные мужчины для преодоления кризисной ситуации зачастую используют феномен "искажения восприятия жизненного пути во временном континууме", который заключается в идеализации прошлой жизни, тогда как будущее проецируется без учета реальности. Они воображают наличие семейных отношений, которых в ряде случаев не существует в реальности, но, тем не менее, они служат для них социальным ресурсом.

Таким образом, расстройства приспособительных реакций выявляются у подавляющего большинства осужденных вне зависимости от пола и количества судимостей. Для осужденных с одной судимостью наиболее эффективной является индивидуальная работа, тогда как для осужденных с многократной судимостью целесообразней использовать групповую работу.

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Марфина Н.А., Валинуров Р.Г., Кунафина Е.Р., Захарова Г.Г.,

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа,

ГБУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница №1» Минздрава Республики

Башкортостан, г. Уфа

n5382@yandex.ru

С целью совершенствования подходов к оценке качества принудительного лечения изучалась субъективная удовлетворенность лечением у психически больных в специализированных отделениях психиатрического стационара.

Материалы и методы. На базе отделений специализированного типа с помощью клинико-психопатологического, патопсихологического и статистического методов обследовано 52 больных. Средний возраст больных составил 39,8±1,6 лет. Среди обследованных у 7 чел. (13,5%) было высшее образование, у 6 чел. (11,5%) - среднетехническое, у 25 чел. (48,0%) – среднее специальное, у 14 чел. (26,9%) - среднее образование. Длительность заболевания в среднем составила 15,3 ± 1,4 года (от 1 года до 45 лет). Особо тяжкие преступления совершили 33 чел. (63,4%), тяжкие преступления 10 чел. (19,2%), преступления средней тяжести 6 чел. (11,5%), преступления небольшой тяжести 3 чел. (5,7%). Повторное в течение жизни принудительное лечение проходили 14 чел. (26,9%). Длительность принудительного лечения на момент обследования в среднем составила 3,5 года (от 2 лет до 5 лет). Для оценки субъективной удовлетворенности лечением использовался опросник удовлетворенности стационарным психиатрическим лечением, разработанный и валидизированный в НИПНИ им. Бехтерева.

Результаты. Суммарная удовлетворенность лечением среди обследованных пациентов составила 79,3 балла или 66,1% от максимального значения. Удовлетворенность результатами лечения – 30,7 баллов (67,7% от максимального значения), удовлетворенность отношениями с врачом – 25,6 баллов (71% от максимального значения), удовлетворенность бытовыми условиями и окружающей обстановкой – 19,3 балла (64,3% от максимального значения), стигматизация – 3,9 балла (43,3% от максимального значения). Сравнение полученных результатов с результатами авторов методики показало их сопоставимость. Анализ корреляций (по Пирсону) показал, что удовлетворенность принудительным лечением у обследованных больных не связана с их возрастом, уровнем образования, тяжестью общественно опасных деяний, длительностью заболевания и длительностью принудительного лечения. Наиболее сильные корреляционные связи обнаружены между суммарной оценкой удовлетворенности лечением и субшкалой «удовлетворенность отношениями с врачом» ($r=0,83$), между суммарной оценкой удовлетворенности лечением и субшкалой «результаты лечения» ($r=0,72$). Средними корреляциями общая удовлетворенность связана с субшкалой «бытовые условия и окружающая обстановка» ($r=0,66$), и слабыми – с субшкалой «стигматизация» ($r=0,44$).

Полученные данные указывают на важность предложенного подхода к совершенствованию оценки качества стационарного принудительного лечения, необходимость дальнейшего более глубокого её изучения, что позволит получить новые научные данные в области качества жизни психически больных с возможностью использования их результатов в профилактической и психокоррекционной работе.

ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Мацевич М.А.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики

Башкортостан, г. Уфа

marrina_ul@mail.ru

В условиях социально-экономических и политических потрясений последних лет, возрастающей обособленности людей, утраты доверия к окружающим, разрыва связей между поколениями все более актуальным становится вопрос совершенствования специальных служб для снижения психологического дискомфорта, укрепления психического здоровья и формирования атмосферы психологической защищенности населения. Именно такой службой, позволяющей

оказывать экстренную психологическую помощь людям, находящимся в кризисном состоянии, является телефон доверия (ТД).

Первоначально в Республике Башкортостан существовала сеть разрозненных ТД в структуре различных служб, и в их числе - ТД Республиканского клинического психотерапевтического центра МЗ РБ. В 2013 г. центр стал участником уникального проекта, не имеющего аналогов в нашей стране. По инициативе партии «Единая Россия» пять служб ТД крупных ведомств республики, оказывающих психологическую поддержку, были объединены под единым номером, который функционирует круглосуточно, анонимно и бесплатно на всей территории республики. Для оповещения населения о деятельности службы разработаны и распространены информационные материалы, проведены рекламные мероприятия. На звонки абонентов отвечают психологи, врачи-психиатры и психотерапевты.

В 2015 г. на ТД ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ поступило 4335 звонков, из них состоявшихся – 70,6%, молчаливых и сорвавшихся – 29,4%. Качественный анализ тематики обращений на ТД за 2015 г. показывает, что наиболее актуальными проблемами для обратившихся граждан являются взаимоотношения в семье между супругами, родителями и детьми (24,5%) и проблемы личностного характера (23,3%). Далее следуют проблемы психического и соматического здоровья, психологические трудности (9,1%), вопросы взаимоотношения полов (6,6%), конфликтные ситуации в школе и на работе (2,3%). Наиболее проблемную группу составляют обращения, поступающие от подростков и взрослых, имеющих суицидальные намерения (4,5%).

Как свидетельствует статистика, детей до 14 лет (5,39% абонентов) в основном волнуют вопросы установления знакомств, затруднения в проявлении собственных чувств, конфликты с родителями, учителями и сверстниками. Для абонентов от 15 до 18 лет (7,15%) на первом месте стоят проблемы взаимоотношений полов, а также вопросы выбора жизненного пути. В 18-35 лет (48,85%) приоритетными становятся проблемы принятия себя, поиск смысла жизни, взаимоотношения с близкими. В 36-50 лет (27,76%) на первый план начинают выходить общественно-политические вопросы. Для людей старше 50 лет (10,85%) доминирующими оказываются бытовые проблемы, а также трудности, связанные с ухудшением здоровья и утратой близких.

Практика показывает, что своевременная и профессиональная поддержка консультантами ТД является важнейшим профилактическим мероприятием, помогающим мобилизовать духовные и физические ресурсы абонентов для выхода из критического состояния, укрепить уверенность в своих силах и найти выход из трудной жизненной ситуации. В свою очередь, продолжение работы по информированию населения о деятельности ТД для устранения настороженного отношения и предрассудков, регулярное повышение квалификации консультантов и совершенствование уровня взаимодействия ТД со службами защиты населения послужит повышению эффективности работы ТД.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОТРУДНИЧЕСТВА ГОСУДАРСТВА И ЦЕРКВИ В РАЗВИТИИ СИСТЕМЫ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ

Машкова И.Ю.

ФГБОУ ВПО «Смоленский государственный университет», г. Смоленск
makarovai2010@yandex.ru

Зависимость рассматривается как семейная системная дисфункция, поэтому современные реабилитационные программы работу с семьей определяют важнейшим условием освобождения от болезни. Русская Православная Церковь обладает ценным опытом духовного врачевания социальных недугов, который оказывается востребованным в современных условиях. В 2015 г. заключено Соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Русской Православной Церковью – документ, который, в частности, регламентирует вопросы взаимодействия «в сфере оказания духовной и медицинской помощи лицам, страдающим зависимостью». Необходимость построения системной работы в этом направлении определяется Концепцией Русской Православной Церкви по утверждению трезвости и профилактике алкоголизма. Важной задачей в этих условиях становится повышение уровня подготовки священнослужителей и обучение квалифицированных кадров (социальных работников, психологов), обладающих современными медико-психологическими знаниями, для обеспечения реабилитационного процесса и развития церковно-приходских форм помощи семьям зависимых.

Содержание эмоциональных и поведенческих нарушений, развивающихся в семьях зависимых, описывается паттерном «созависимости» и включает в себя: тревогу, деформацию социальных отношений, контролирующее поведение, реактивность в общении. Ядром созависимости является отказ от себя, описываемый в разных моделях как «отрицание», «нарушение Я-концепции», «деперсонализация». Эти изменения характерны для самого зависимого, его родственников, они влияют на систему в целом, что приводит к нарушению структурно-ролевых отношений, размытости границ, нарастанию напряжения, кругового цикла патологического поведения в семье. Одним из путей выхода из этого порочного круга может быть включение членов семьи в функциональные системы, способствующие укреплению целостности личности. Это могут быть терапевтические группы, группы самопомощи, родительские сообщества. Когда подобные объединения создаются и функционируют внутри церкви, они получают неограниченный ресурс духовной помощи на основе принципов Православия. В этой связи является целесообразным создание системы, которая бы сочетала в себе опыт церковной жизни и профессиональную помощь семьям.

Смоленский государственный университет в сотрудничестве с Православной Духовной семинарией при поддержке Смоленской митрополии выступил инициатором проекта «Содействие» по подготовке специалистов епархиальной системы церковно-приходской помощи семьям с зависимыми родственниками. В числе мероприятий проекта: создание научно-методической службы сопровождения специалистов по реабилитации семей зависимых; разработка программы повышения квалификации «Современные подходы и технологии помощи семье в преодолении зависимости» и реализация обучения по программе для психологов и социальных работников; укрепление профессионального сообщества на основе православных ценностей; проведение совместных научных и информационно-просветительских мероприятий; разработка системы мониторинга по оценке эффективности. Работа над проектом развивает социальное партнерство служителей церкви и специалистов, представителей общественных организаций в решении проблемы зависимости на уровне региона.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ПОДТИПОВ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН

Медведева Ю.И., Курасов Е.С.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург
doc4678@mail.ru

Расстройства адаптации (РА) являются одной из актуальных проблем современной психиатрии, что обусловлено их высокой распространенностью и значительными трудностями диагностики. По данным отечественных и зарубежных исследований, частота выявления расстройств адаптации в различных возрастных категориях варьирует от 1% до 24%. При этом многообразие и особенности клинико-психопатологических нарушений, характерных для данной патологии, до сих пор остаются за рамками исследований.

Целью исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей различных подтипов РА у лиц мужского пола.

Результаты. В исследовании приняли участие 65 пациентов, средний возраст обследованных составил $24,5 \pm 1,2$ года. Расстройства адаптации в виде «кратковременной депрессивной реакции» были выявлены в 10,8% случаев. Нарушения в эмоциональной сфере проявлялись сниженным настроением (85,7%) и незначительной тревогой (57,1%). Патология когнитивных функций была представлена рассеянностью внимания (42,9%) и трудностью его сосредоточения (28,6%). В структуре общеневротических нарушений 71,4% пациентов отмечали повышенную утомляемость.

В 16,9% случаев было диагностировано РА по типу «продолжительной депрессивной реакции». Эмоциональные нарушения отличались большей представленностью гипотимии (90,9%) и появлением тоскливого аффекта (18,2%). Когнитивные изменения были представлены, в основном, рассеянностью внимания (63,6%). В структуре общеневротической симптоматики доминировали нарушения сна (72,7%) и повышенная утомляемость (63,6%).

РА по типу «смешанной тревожной и депрессивной реакции» было выявлено в 30,8% случаев. Нарушения в эмоциональной сфере были представлены сниженным настроением (85%), при этом

характерной особенностью являлось наличие тревоги у всех обследованных (100%). Патология когнитивных функций определялась, в первую очередь, снижением концентрации внимания (55%).

РА «с преобладанием нарушения других эмоций» было выявлено в 4,6% случаев. При этом типе также выявлялись симптомы сниженного настроения (66,7%), однако, ведущими эмоциональными нарушениями были повышенная раздражительность (100%) и выраженная неустойчивость эмоциональной сферы (66,7%). Характерной особенностью когнитивных нарушений было преобладание рассеянности (66,7%) и трудности переключения внимания (33,3%). Поведенческие девиации проявлялись повышенной конфликтностью (66,7%).

РА «с нарушением эмоций и поведения» было наиболее распространенной формой, выявленной в 36,9% случаев. Нарушения в поведенческой сфере при этом встречались достоверно чаще, чем при других типах РА, и отличались наибольшим полиморфизмом. Они проявлялись в виде нанесения самоповреждений (62,5%), повышенной агрессивности и нарушении межличностных взаимоотношений (57,5%). Нарушения в эмоциональной сфере были представлены колебаниями настроения (91,7%) и тревогой (79,2%). Патология когнитивных функций была представлена, в основном, рассеянностью внимания (45,8%).

Таким образом, полученные данные о структуре и особенностях психопатологических нарушений отдельных подтипов РА позволяют осуществлять дифференцированный подход при проведении медикаментозного и психотерапевтического лечения.

СОВРЕМЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ НАРКОЛОГИЯ: ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА О НЕОБХОДИМОСТИ СМЕНЫ ПАРАДИГМЫ ТЕРАПИИ

Менделевич В.Д.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

mend@tbit.ru

Не вызывает сомнений тот факт, что социальные процессы и общественное мнение оказывают существенное влияние на развитие наркологии. Предлагаемые законодателями инициативы по правовому регулированию поведения наркологических больных часто не основываются на экспертных мнениях и результатах научных исследований. Основной тенденцией последних лет стало игнорирование права пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями на лечение и применение по отношению к ним мер «социального прессинга». Декларируется, что данный подход позволит привлечь в программы терапии максимально возможное число пациентов. Констатируется, что основной проблемой является проблема невостребованности квалифицированной наркологической помощи, социальная опасность потребителей психоактивных веществ, возрастающая нагрузка на здравоохранение вследствие медицинских последствий (ВИЧ, заболевания печени) и высокие показатели смертности.

Научный анализ исследований, проведенных в разных странах мира, связанных с вопросами эффективных стратегий, показывает, что «социальный прессинг» и другие рестриктивные меры не приводят к желаемому результату, а одной из наиболее эффективных признается стратегия «редукции вреда». Данный подход поддерживается ВОЗ и Управлением ООН по наркотикам и преступности и реализуется как в отношении наркозависимых лиц, так и зависимых от алкоголя. Министерство здравоохранения РФ в отношении стратегии «редукции вреда» занимает двойственную позицию, признавая ее, но не поддерживая. Это приводит к тому, что эффективность терапии наркологических расстройств, построенной на принципах «нулевой толерантности», крайне низка, показатели смертности и последствия употребления психоактивных веществ, в частности, инфицирование ВИЧ-инфекцией в 2-10 раз превышают европейские.

Ориентация на стратегию «редукции вреда» признается не только научно обоснованной, но и основанной на «здоровом смысле». Ведь наркологические расстройства относятся к хронической рецидивирующей патологии и, следовательно, вопрос о полном выздоровлении пациентов может ставиться лишь для части больных.

Медицинский аспект проблемы ориентирован на то, что в последние годы произошел рост количества пациентов с коморбидными соматическими заболеваниями. Всё чаще такие пациенты оказываются в поле зрения врачей общей практики, помещаются в общесоматические стационары в связи с хирургической, инфекционной, терапевтической и иной патологией. Исследование санкт-петербургских наркологов показали, что у 16,7% пациентов соматического стационара

обнаруживается алкоголизм, у 3,5% - употребление алкоголя с вредными последствиями, у 10,3% в крови обнаруживаются каннабиноиды, у 5,3% опиаты, у 4,5% - психостимуляторы. Клиническое обследование подтвердило наличие психической зависимости от алкоголя у 26,9% пациентов, физической - у 20,9%, что свидетельствовало о большей по сравнению с общей популяцией распространенности этой патологии среди больных соматического стационара. Констатируется, что подавляющее большинство этих больных к наркологам не обращаются.

В связи с этим, можно утверждать, что модель узкоспециализированной помощи наркологическим больным, основанной на принципах «нулевой толерантности» не позволяет вовлекать в программы терапии максимально возможное число нуждающихся и не способствует решению основных проблем общественного здравоохранения. Таким образом, следует признать, что для решения стоящих перед социальной наркологией задач требуется смена парадигмы терапии с учетом научных данных об эффективности стратегии «редукции вреда».

АНАЛИЗ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА, КАК СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА

Мещеряков А.Ф., Арзуманов Ю.Л., Лапин И.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва

alex_maf@mail.ru

Нейропсихологическими особенностями пациентов с алкоголизмом являются диффузность поражения головного мозга при токсическом воздействии алкоголя. Показано, что у пациентов с алкогольной зависимостью в электроэнцефалограмме (ЭЭГ) доминируют ритмы медленных диапазонов, обусловленные хроническим токсическим повреждением мозга. Отмечено увеличение мощности быстрых диапазонов, связанное с нарушением метаболизма некоторых нейромедиаторов. В связи с этим, количественный анализ ЭЭГ рекомендован в качестве дополнительного инструмента дифференциации больных алкоголизмом, а также пациентов, страдающих шизофренией, аффективными расстройствами и деменцией.

Целью исследования явилось изучение спектральных характеристик ЭЭГ больных с алкогольной зависимостью.

Результаты. Проведен сравнительный анализ спектральных характеристик ЭЭГ у стационарных больных с хроническим алкоголизмом II стадии и группы контроля, в которую вошли лица того же пола и возраста без алкогольной зависимости. Установлено, что спектральный анализ ЭЭГ коры больших полушарий объективно дискриминирует выборку больных с алкогольной зависимостью от нормы. Следует отметить, что при формировании зависимости от алкоголя, нарушения, происходящие в коре головного мозга, затрагивают все ритмы и широкие кортикальные представления.

У больных алкогольной зависимостью сглаживается фокус, снижается мощность основного ритма, отмечается увеличение удельного веса медленно-волновой активности тета- и дельта-диапазонов, высокочастотная активность бета-полосы усиливается в ростральных и ослабевает в каудальных зонах коры, в то время как мощность гамма-активности диффузно снижается. Диффузность изменений может быть связана с общим угнетающим действием патопластического фактора на ЦНС, а также с широким представлением дофаминовой нейромедиации в ЦНС, которая нарушается при алкоголизме.

НАБОР МЕТОДИК ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Миняйчева М.В., Кисельникова К.Г., Папсуев О.О.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва

minyaycheva@gmail.com

В последнее время особое внимание уделяется роли нейрокогнитивных, социально-когнитивных, мотивационных нарушений и их влиянию на социальное функционирование и качество

жизни у пациентов с шизофренией. В литературе растет количество публикаций тренинговых программ различного рода, направленных на коррекцию когнитивных и мотивационных нарушений. Однако в настоящее время в клинической практике не хватает комплексного инструмента для измерения данных дефицитов, что затрудняет объективную оценку эффективности реабилитационных вмешательств.

Цель исследования: создание батареи методов оценки нейрокогнитивных, социальных когнитивных и мотивационного дефицита для выявления мишеней реабилитационных вмешательств и оценки их эффективности. В задачи исследования входили перевод на русский язык (при необходимости) и адаптация методов оценки (по согласованию с авторами), получение предварительных данных по релевантности выбранных методик.

Методы. Для оценки заявленных доменов были выбраны методы в соответствии со следующими критериями: 1. релевантность домену исследуемых областей; 2. доступность на русском языке; 3. частота применения и упоминания в литературе; 4. время, затраченное на проведение метода и его обработку.

Результаты. Было выбрано 6 методов оценки, соответствующих основным доменам (нейрокогнитивные, внутренняя модель сознания другого, атрибутивные стиль, социальная перцепция, процессинг эмоции, мотивация): 1/ BACS (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia) (R.S. Keefe et al.), 2/ Hinting Task (R. Corcoran), 3/ AIHQ (Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire) (D.R. Combs et al.), 4/ RAD – 15 (Relationships Across Domains) (M. Sergi, et al.), 5/ Ekman – 60 (P. Ekman et al.), 6/ AES (Apathy Evaluation Scale) (R.S. Marin et al.). В ходе пилотного исследования было обследовано 25 пациентов (64% муж., 36% жен.) с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Возраст пациентов составлял $28,5 \pm 9,5$ лет. У обследованных больных преобладала параноидная шизофрения – 44,4%. В 16,7% случаев наблюдался детский тип шизофрении и шизотипическое расстройство. В равном количестве (11,1%) были представлены пациенты с недифференцированной шизофренией и шизоаффективным расстройством. Для обработки использован метод попарных ранговых корреляций Спирмена. Предварительные результаты статистического анализа могут косвенно говорить о согласованности и надежности полученных результатов.

Набор методик для комплексного обследования охватывает все целевые домены – нейрокогнитивные, социальные когнитивные и мотивацию. Время, необходимое для проведения набора, составляет 130 ± 15 мин и подходит для использования в клинической практике в медико-реабилитационном отделении. В настоящее время продолжается набор данных (в том числе и нормативных). Будущие исследования будут сосредоточены на создании профилей пациентов и разработку соответствующих программ реабилитации.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ РОДСТВЕННИКОВ К ФАРМАКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ

Митихин В.Г., Солохина Т.А., Алиева Л.М.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

tsolokhina@live.ru

Среди многочисленных факторов, влияющих на комплаенс пациентов, выявляется отношение к медикаментозной терапии членов их семьи.

Цель исследования: выявить факторы, формирующие отношение к фармакотерапии родственников больных шизофренией.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 107 больных шизофренией, наблюдающихся в ПНД № 18 г. Москвы, и 105 их родственников (27 отцов и 78 матерей). Родственники до 60 лет составили 55%, 60 лет и старше – 45%; высшее и среднее специальное образование имели 76% из них. Около 70% пациентов имели длительность заболевания 6-20 лет, большинство (80%) – инвалиды и не работали (72%). Использованы шкалы отношения к лекарствам (Т.Р. Hogan et al.) и осознания болезни (M. Birchwood et al.), адаптированные для родственников больных, опросники по оценке социального функционирования (M. Weissman, S. Bothwell), исследования межличностных проблем (L. Horowitz), удовлетворенности лечением. Для обработки данных применялись корреляционный и регрессионный анализ, что позволило построить линейные факторные модели (коэффициент надежности у отцов $R^2 = 0,639$, у матерей $R^2 = 0,534$).

Результаты. Проанализированы более 50 параметров, среди которых при построении регрессионных моделей, выявлены три группы факторов, влияющих на отношение к фармакотерапии родственников больных и обусловленных клиническими и социально-психологическими особенностями пациентов; социально-демографическими и личностными характеристиками родственников; качеством психиатрической помощи (взаимоотношения с врачом, удовлетворенность лечением). И у отцов, и у матерей фактором, определяющим негативное отношение к лечению, оказалось недостаточное осознание болезни: почти у 1/3 родственников искаженное представление о болезни и лечении или их отрицание. Факторами, способствующими адекватному отношению к лечению, являлись возраст родственников (в старшем возрасте позитивнее к лечению), их удовлетворенность психиатрической помощью, адаптивные копинг-стратегии пациента, в частности, использование стратегии разрешения проблем. Наряду с общими факторами выявлены гендерные различия. У отцов позитивное отношение к лечению определяли более высокий уровень социального функционирования, у матерей – более высокий комплаенс пациентов. Негативное отношение к фармакотерапии близких наблюдалось у отцов с более низким уровнем образования; у матерей это связано с межличностными проблемами: повышен общий межличностный дистресс у матерей и пациентов, дистресс в специфических областях – у матерей по шкалам «самопожертвование», «неуверенность»; у пациентов – «неуверенность», «излишняя уступчивость», «социальная подавленность».

Исследование позволяет выявлять семьи, нуждающиеся в социально-психологической помощи (психообразование, семейная терапия). Актуальны вопросы повышения качества психиатрической помощи, развития партнерской модели взаимоотношений.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Михайлова Н.М., Гаврилова С.И.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

MikhaylovaNM@yandex.ru

Увеличение частоты деменций позднего возраста, вызванное в первую очередь постарением населения в странах с самым разным уровнем развития, выдвинуло проблему оказания медико-социальной помощи на одно из первых мест в общественной системе мер по улучшению здоровья граждан пожилого и старческого возраста. Ожидаемая к середине века численность больных деменцией в мире превысит 115 млн. Экспертами ВОЗ определен глобальный приоритет проблемы деменций в общественном здравоохранении. Достоверная численность российской популяции больных деменцией неизвестна. Ожидается, что к 2020 г. она составит до 1% общего населения России. Бремя этой неизлечимой в настоящее время болезни надолго возлагается не только на самих больных, но и в не меньшей степени на членов семьи и общество в целом. Распространенность деменций стала вызовом организаторам здравоохранения. В структуре отечественной службы психиатрической помощи отсутствуют специализированные внебольничные подразделения по оказанию современной помощи больным деменцией позднего возраста.

Оптимальные условия для раннего выявления этих заболеваний, всестороннего обследования с целью установления точного диагноза и проведения современной персонализированной терапии с учетом последних достижений нейронаук в разработке патогенеза деменций обеспечивает создание таких новых организационных форм помощи как Альцгеймеровский центр. Формирование таких подразделений в структуре геронтопсихиатрической службы является первоочередной задачей. Цели и общий объем деятельности Альцгеймеровского центра служат основанием для его выделения в качестве самостоятельного звена специализированной внебольничной геронтопсихиатрической помощи. Конкретные детали структурной организации этой службы могут зависеть от региональных или территориальных особенностей оказания медико-социальной помощи населению старших возрастных групп. Широкий комплекс диагностических и лечебных задач включает длительное наблюдение и ведение больных на разных стадиях деменции, а так же оказание различных видов поддержки (информационной, психологической, в ряде случаев терапевтической) лицам, ухаживающим за ними, в организации присмотра и ухода. Анализ деятельности Альцгеймеровского центра ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» демонстрирует реальные возможности увеличения обращаемости с жалобами на расстройства

памяти и другие проявлениями когнитивного снижения в позднем возрасте, рост обращений на более ранних стадиях деменции, улучшение ранней диагностики додементных форм мягкого когнитивного снижения, внедрение различных методов лекарственной терапии и реабилитации. Систематическая психотерапевтическая и психокоррекционная работа с родственниками больных деменцией нацелена на достижение дестигматизации и улучшение качества жизни больных деменцией и ухаживающих лиц. Это самостоятельный по значимости и затратный по времени раздел новой медицинской технологии организации помощи, именуемой Альцгеймеровский центр. Гуманистические принципы являются идеологическим основанием системы поддержки членов АНО (Автономной некоммерческой организации) «Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям», действующей в Москве под эгидой ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Михайлова Е.Б., Кучаева А.В.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Казань
alexakv@mail.ru

Среди метаболических заболеваний ожирение по частоте встречаемости занимает лидирующую позицию. Ожирение значительно влияет на эмоционально-личностные особенности пациента. Имеется тесная связь между развитием депрессии и увеличением веса. У людей с индексом массы тела 30 и более риск возникновения и развития депрессии увеличивается на 50%. Актуальность изучения обменных нарушений при аффективных расстройствах связана с широкой их распространенностью.

Цель исследования. Изучение развития ожирения у пациентов с рекуррентной депрессией для проведения рациональной тимоаналептической терапии.

Материалы и методы. Было обследовано 50 пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство с депрессивным эпизодом легкой и средней степени выраженности; с индексом массы тела 30 и более, возраст больных от 35 до 65 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в РКПБ МЗ РТ им. акад. В.М. Бехтерева г. Казани в 2015 г. 50% пациентов получали лечение антидепрессантами, проводилась поведенческая психотерапия; 50% не получали лечение антидепрессантами и им также проводилась поведенческая психотерапия. Для определения уровня депрессии использовали тест Бека, пищевое поведение оценивали при помощи трехфакторного опросника Стункарда. Статистический анализ результатов проводили с использованием программ Statistica 6.0. Применяли U-тест Манна-Уитни, Z-тест Колмогорова-Смирнова, расчета значения «р» — двусторонней асимптотической значимости.

Результаты. Выявлена тенденция к преобладанию чрезмерной массы тела у пациентов с рекуррентной депрессией. У пациентов с ожирением наблюдалось существенное статистически значимое повышение уровня депрессии ($U=536$, $p=0,0001$), по сравнению с лицами с нормальными антропометрическими показателями. Средний возраст пациентов с ожирением – $51,5 \pm 11,8$ лет при рекуррентном течении депрессивного расстройства. На фоне проведения поведенческой психотерапии, клинически значимое снижение массы тела достигнуто у 31% больных, при добавлении антидепрессантов – у 72% пациентов. Наименьшая частота встречаемости пациентов с чрезмерной массой тела была выявлена у получающих селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (43%), наибольшая – при лечении трициклическими антидепрессантами (64%) ($p < 0,05$).

Изменения в аффективной сфере формируют нарушения пищевого поведения, что приводит к нарастанию массы тела с одной стороны, с другой, ожирение является стрессогенным фактором и усиливает уже имеющиеся аффективные расстройства. Пациенты с чрезмерной массой тела нуждаются в применении тимоаналептической терапии с использованием преимущественно метаболически нейтральных препаратов.

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У
РОДСТВЕННИКОВ ПОГИБШИХ В АВИАКАТАСТРОФЕ САМОЛЕТА А-321
Михалевская О.В., Бедина И.А., Баева А.С., Цекин В.П., Грозовская М.С.,
Алкеева-Костычева Е.А.**

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
unipros@mail.ru

Количество террористических актов за последние десятилетия неуклонно растет, превращаясь в глобальную проблему. Особое место по своим психолого-психиатрическим последствиям занимают террористические акты, совершенные на борту воздушного судна.

31.10.2015 г. над территорией Египта на борту самолета Airbus A-321 авиакомпании «Когалымавиа», совершавший рейс 9268 по маршруту: аэропорт г. Шарм-эль-Шейх – аэропорт г. Санкт-Петербург, сработало самодельное взрывное устройство. Погибли все находившиеся на борту люди: 224 пассажира, из них 7 членов экипажа. Эта катастрофа стала «самой кровавой по количеству жертв» в истории российской и советской авиации.

В первые часы после получения информации о случившейся трагедии, силами федеральных и региональных (г. Санкт-Петербург) медицинских учреждений, оказывающих специализированную помощь, совместно с психологической службой МЧС России была организована психолого-психиатрическая помощь родственникам погибших.

Лечебно-диагностическая помощь была оказана 248 пострадавшим (родственники, друзья, коллеги). При оценке их психического состояния были выявлены психогенно обусловленные расстройства депрессивного, тревожно-депрессивного спектра; астено-вегетативные и диссомнические расстройства различной степени выраженности, фобические нарушения. Отмечались единичные кратковременные острые стрессовые реакции, сопровождающиеся диссоциативной симптоматикой (синкопальноподобные, судорожные), острые транзиторные псевдодементные расстройства. Следует отметить, что реакция горя провоцировала ухудшение общесоматического состояния родственников погибших.

Психотерапевтическая помощь включала установление чуткого, доброжелательного контакта; сочувственную поддержку; мобилизацию внутренних ресурсов; проработку и «отреагирование» эмоций («вентиляция эмоций»); дыхательные упражнения. Фармакотерапия проводилась с учетом установленной природы рассматриваемых состояний: использовались как препараты растительного происхождения с седативным действием, так и транквилизаторы.

Анализ проведенной работы показал, что основными особенностями данной чрезвычайной ситуации, обусловившими развитие у 90% пострадавших психических расстройств, преимущественно непсихотического уровня явились: внезапность и масштабность катастрофы; одновременная утрата сразу нескольких членов семьи, возвращавшихся с отдыха; возраст родителей погибших (преимущественно средний, но уже нефертильный). Кроме того, мощное стрессорное воздействие оказывало «мучительное», неопределённо долгое ожидание процедуры опознания, необходимость ее повторного проведения для тех родственников, которые уже осматривали тела погибших, но не смогли опознать среди них своих близких (из 86 проведенных процедур опознаний только 58 эффективных).

Таким образом, расстройства адаптации, возникшие в результате авиакатастрофы, выявленные у подавляющего большинства родственников, отличались значительной интенсивностью, полиморфностью, что диктовало необходимость оказания им квалифицированной медико-психологической помощи.

О ПОРЯДКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ИНФОРМАЦИИ, СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Моисеев И.А., Федина Г.А.

ННО «Адвокатская палата г. Москвы»,

ПАО «Фармстандарт», г. Москва

iv-moiseev@mail.ru

Вопросы предоставления медицинской документации, составляющей врачебную тайну, в гражданском, уголовном и иных процессах в настоящее время актуальны. В связи с тем, что административным делением предусмотрено 85 субъектов Российской Федерации, возникают сложности при истребовании и получении судами информации, составляющей врачебную тайну. Такая документация необходима в наследственных делах, а также, в соответствии со ст. 30 ГПК РФ, при оспаривании сделок с недвижимым имуществом, по месту нахождения такого имущества. Трудности в предоставлении информации, составляющей врачебную тайну, в том числе связаны с тем, что лица с психическими расстройствами могут совершать значительные миграции по болезненным мотивам и истребование и получение этих сведений приводит к затягиванию судопроизводства.

Расценивать информацию, содержащую врачебную тайну, как персональные данные не совсем корректно, так как «врачебная тайна» определена ст.13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и конкретизирована ст.9 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Эти законы являются специальными по отношению к регулированию врачебной тайны.

В соответствии с содержанием п.1 и п.3 «Перечня сведений конфиденциального характера» (утв. Указом Президента РФ от 6 марта 1997г. N 188), понятия «персональные данные» и «врачебная тайна» хотя и взаимосвязаны, но не тождественны. Защита информации, составляющей врачебную тайну, предусмотрена с целью исключить возможность ее неправомерного использования, в том числе наследниками, оспаривающими законность сделок (купли-продажи, дарения либо составленного завещания), исполненных при жизни наследодателя

В соответствии с п.1 ст.12 ГПК РФ судопроизводство осуществляется на основе состязательности и равноправия сторон. При этом суд, сохраняя независимость, объективность и беспристрастность, осуществляет руководство процессом, оказывает лицам, участвующим в деле, содействие в реализации их прав, создает условия для всестороннего и полного получения и исследования доказательств при рассмотрении и разрешении конкретного дела. Согласно ст.56 ГПК РФ, в случае, если представление необходимых доказательств для участников процесса затруднительно, то суд по их ходатайству оказывает содействие в собирании и истребовании доказательств. Таким образом, в целях исключения злоупотребления процессуальными правами участниками судебного процесса только суд имеет право получать информацию, составляющую «врачебную тайну».

Наличие современных технологий (факсимильная связь, электронная почта и др.) внедряются в систему обмена информацией медицинскими учреждениями. Отправление такой документации возможно, в том числе, силами ФГУП «Главный центр специальной связи», в уставе которого указан такой вид деятельности как прием, обработка, хранение, перевозка и доставка отправок, содержащих сведения, относящиеся к государственной, служебной, коммерческой и иной охраняемой законодательством Российской Федерации тайне.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Моллаева Н.Р., Алиев М.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Махачкала;

ГКУ РД «Республиканский психоневрологический диспансер», г. Махачкала

aliev_mustafa@mail.ru

На формирование психических расстройств во многих субъектах Российской Федерации влияют свойственные каждому региону этнокультуральные особенности, экологические, наследственные и психогенные факторы. Одним из таких уникальных регионов является Республика

Дагестан с полиэтническим составом населения, проживающих в разных климатогеографических зонах, со своими социокультуральными особенностями, экологическими зонами, и высокой стигматизацией психически больных.

Цель исследования: изучить заболеваемость и болезненность психических расстройств среди населения Республики Дагестан на основе ретроспективного анализа данных официальной медицинской статистики за последние три года.

Результаты. Заболеваемость психическими расстройствами на 100 тыс. населения в целом по Республике Дагестан в 2013 г. составила 85,4; в том числе среди городского населения – 83,7, сельского населения – 87,0. В 2014 г. заболеваемость в Республике составила 72,4 на 100 тыс. населения (среди городского населения – 67,6, сельского населения – 76,6). В 2015 г. показатель заболеваемости соответственно составил по Республике 67,4 на 100 тыс. населения (среди городского населения – 78,1, среди сельского населения – 55,3).

Показатель болезненности по Республике в 2013 г. составил 1918,6 на 100 тыс. населения, в том числе среди городского населения – 1427,9, сельского населения – 2337,4. В 2014 г. этот показатель по Республике составил 1927,6, среди городских жителей – 1417,0, среди сельских жителей – 2364,4. Показатель болезненности в 2015 г. составил соответственно 2020,5, в том числе среди городского населения – 1470,3, среди сельского населения – 2509,3.

Таким образом, при стабильном снижении показателей заболеваемости и роста показателей болезненности в целом по Республике отмечается снижение заболеваемости и болезненности среди городского населения и рост болезненности при снижении заболеваемости среди сельского населения. При анализе инвалидности по психическим расстройствам в целом по региону отмечается снижение показателей первичного выхода на инвалидность (показатель на 10 тыс. населения в 2013 г. - 3,0; в 2014 г. - 2,8; 2015 г. - 2,7), тогда как наблюдается прирост общей инвалидности, в основном за счет сельских жителей. Анализ показателей заболеваемости, болезненности и инвалидности по психическим расстройствам показал, что низкие показатели заболеваемости среди сельских жителей обусловлены недостаточной организацией психиатрической помощи в первичном звене, медицинской малограмотностью населения, высокой стигматизацией психически больных. Этим же объясняются высокие цифры болезненности и инвалидности по психическим расстройствам в сельской местности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА НА ФОНЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Мороз Е.В., Кучер Н.Ю., Шарапа К.А., Солдатенко А.А.

ГБУЗ РК «Клиническая психиатрическая больница № 5», Крым, Симферопольский р-н, с. Строгоновка
rkkpb5@gmail.com

В последнее время на территории Российской Федерации увеличилось количество и разнообразие синтетических психоактивных веществ (ПАВ) и как следствие возросло количество пациентов, попадающих в поле зрения психиатров с психозами, развитию которых предшествовало употребление так называемых «спайсов» «солей» и синтетических каннабиноидов.

Материалы и методы. В период с 2013 г. по март 2016 г. было обследовано 30 пациентов в возрасте от 14 до 30 лет с диагнозом «F-23.1 – F23.0», имеющих в анамнезе употребление синтетических ПАВ с использованием клиничко-анамнестического, клиничко-психопатологического и экспериментально-психологического методов.

Результаты: В результате обследования было выявлено, что все пациенты употребляли синтетические ПАВ в анамнезе и накануне поступления; клинические проявления характеризовались яркой, острой, полиморфной психотической симптоматикой, не купирующейся при использовании стандартных схем антипсихотической терапии, спецификой картины течения заболевания, трудной курабельностью и формированием резистентности к психофармакотерапии. Наблюдались длительно текущие психотические состояния, трудно поддающиеся терапии. Такие психозы чаще всего протекали с галлюцинаторно-бредовой и полиморфной симптоматикой, такой как симптомы «открытости мыслей», симптом Капгра, синдром Котара и Кандинского-Клерамбо.

При лечении пациентов применялись такие препараты как рисперидон, арипипрозол, амисульприд, клопиксол, флюанксол и ряд типичных нейролептиков. В ходе лечения у пациентов отмечалась относительная резистентность к проводимой терапии, появлялись побочные эффекты в виде акатизии, брадикинезии, гиперсаливации, дискинезии и прочие симптомы характерные для

экстрапирамидных расстройств даже на дозировках ниже минимальной терапевтической. Лечение нейролептиками таких психозов затруднено из-за ряда изменений в нейрофизиологических и биохимических показателях в результате употребления синтетических ПАВ (в т.ч. изменений в синаптической передаче, проницаемости клеточных мембран нервных клеток, нарушений в дофаминергической системе мозга). Снижение уровня дофамина в стриатуме головного мозга делает неэффективными большинство нейролептиков. Потому более или менее умеренную эффективность показывают атипичные нейролептики широкого спектра действия, такие как оланзапин, клозапин и симптоматическая терапия (нормотимики, анксиолитики, транквилизаторы). При преобладании негативной симптоматики на первый план в эффективности лечения подобных психозов выходят препараты, стимулирующие пресинаптическую мембрану и увеличивающие количество дофамина в синапсе, в частности малые дозы амисульприда.

ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Москвитин П.Н.

ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, г. Новосибирск,
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава
России, г. Новокузнецк
moskvitinpn@mail.ru

Неблагоприятная алкогольная и наркотическая ситуация в стране делает актуальными разработки психогигиенического направления профилактики аддиктивного поведения школьников. Изменения мотивации, приводящие к отказу от употребления психоактивных веществ, меняют внутриличностный уровень убеждений на ценности здорового образа жизни в процессе психогигиенических тренингов, когда специальными приемами удается закрепить эффективные антиаддиктивные паттерны социально-личностной компетентности. Гипотеза «психогигиенического саногенеза» состоит в формировании когнитивных способностей прояснения личностных трудностей в разрешении неизбежных жизненных конфликтов, отделяя происходящие ситуации из внешнего контекста (например, непреодолимость обстоятельств) от происходящих из-за не надлежащей когнитивно-поведенческой компетентности.

Материалы и методы. Обследовано по 300 школьников 8-х, 9-х и 10-х классов основной и контрольной групп. В основной группе реализована программа тренингов по авторскому методу «Профилактической психодрамы» и получен позитивный результат; в контрольной группе школьников велась традиционная антинаркотическая работа методами санитарной пропаганды и наглядной агитации.

Результаты. В тренинге «Профилактической психодрамы» для первичной профилактики используется творческая психопрофилактическая игра, предлагаемая как «сценарий психодрамы», которая проявляется как своеобразная проективная матрица внутреннего «аддиктивного негатива». Уникальное сочетание трех составляющих – творческой деятельности, самоорганизации и спонтанности (конгруэнтности) является наиболее важным отличием разработанного метода «Профилактической психодрамы» по сравнению с другими существующими методами и приемами первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ. Роль ведущего позволяет провести сопровождение процесса личностной трансформации в ходе творческой игры в группе, что позволяет осуществить своеобразный «коучинг» (тренинг) социальной компетентности. Сочетание, с одной стороны, неких заданных социально-психологических ситуаций и типичных конфликтов, возникающих во время общения в подростковой среде, и, с другой стороны, совместное обсуждение в психопрофилактической дискуссии и принятие наиболее эффективных подходов в наработке устойчивых когнитивно-поведенческих моделей конструктивных реакций на неизбежные конфликты подросткового возраста создают преимущество методу «Профилактической психодрамы».

Таким образом, в психогигиеническом тренинге «Профилактической психодрамы» развиваются новые экзистенциальные и когнитивно-поведенческие способности у школьников, вследствие чего расширяется диапазон адаптивных поведенческих реакций. Творческий подход обеспечивает поведенческий процесс благополучного достижения социальных целей, формирует позитивные убеждения на базе конструктивного взаимодействия в определенных «рамочных» условиях. Тем самым завершается подготовка к процессу личностной реконструкции,

осуществляемой в дальнейшем в ходе взаимодействия подростка с социальной средой. Наиболее важными ценностными ориентирами в тренинге являются ключевые факторы «поиска смысла», которые создают личностные поведенческие стратегии «психогигиенического саногенеза», обеспечивающие гармоничное развитие школьников и формирование навыков здорового образа жизни в постпубертате.

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЦНС

Муталова Г.И., Юлдашев В.Л., Альмухаметова Г.И.

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа,
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа,
ООО Медицинский центр «МЕГИ», г. Уфа
guzel7_a@mail.ru

Проблема аффективных расстройств в детском возрасте является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии в связи с учащением и «омоложением» депрессивных нарушений. Так, депрессивное нарушение, начавшееся в детстве, является предиктором высокого суицидального риска и увеличивает возможность возникновения депрессии и других психических расстройств во взрослом возрасте.

Материалы и методы. Было исследовано 49 семей детей, находящихся на лечении, в связи с заболеванием нервной системы и так же страдающих невротической депрессией. Наличие невротической депрессии у детей с заболеванием нервной системы было подтверждено консультацией психотерапевта с проведением клиничко-психологического исследования, психотерапевтического интервью. В исследовании было обращено внимание на экономическое положение семьи, внутрисемейные отношения, желанность ребенка, психотравмирующие ситуации и другие факторы в период беременности и в период развития ребенка

Результаты. При опросе матерей, на вопрос желанным ли был ребенок «Да» ответило 44,8% женщин, «нет» ответило 40,8% женщин, остальные матери затруднились с ответом. Средствами для прерывания беременности не пользовалась ни одна из обследованных женщин. Можем предположить, что уровень дохода в семьях, не оказывал влияния на эмоциональное состояние ребенка. Так как, с высоким уровнем дохода было 14,2% обследованных семей, со средним – 44,8% семей и с низким уровнем дохода было 32,6% семей. Из 49 матерей, детей с заболеванием нервной системы, страдающих невротической депрессией, 47 – ответили, что не хотят иметь больше детей. Основные причины не иметь детей: алкоголизм и неблагоприятный климат в семье - 69,3%; страхи (чаще за ребенка) - 18%; возраст или состояние здоровья матери – 8%.

Неблагоприятными факторами в период беременности обследуемым ребенком 44,9% женщин отметило нервно-эмоциональные нагрузки, стрессы; 6,1 % - физические нагрузки; остальные – переезд на новое место жительства, неблагоприятные факторы окружающей среды. Психотравмирующие ситуации в период беременности, перенесли 71,4 % женщин. В семьях обследуемых детей, злоупотребляют алкоголем (чаще отцы) – в 63,2% случаях. Конфликтные ситуации с частой повторяемостью отмечены в 85,7% обследуемых семей.

Таким образом, обращает на себя внимание то, что в семьях детей с заболеванием нервной системы и страдающих невротической депрессией, независимо от материального уровня жизни, преобладает «тяжелый» микроклимат с конфликтными ситуациями, связанными со злоупотреблением алкоголем отцов, подавлением матерей, в том числе и в период беременности. Для детей с заболеванием нервной системы типичны повышенная ранимость, легкость возникновения невротических реакций.

Приведенные данные указывают на необходимость выявления расстройств невротического уровня у детей с заболеванием нервной системы и осуществление профилактики и лечения данных нарушений с учетом семейного микроклимата и взаимоотношений в семье. Психопрофилактической мерой является проведение скрининг тестов эмоционального состояния детей с заболеванием нервной системы.

ДИНАМИКА КОГНИТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИПСИХОТИКАМИ

Мутных Е.М., Бобров А.Е., Краснослободцева Л.А.

ГБОУ ВПО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России, г. Москва.

e.mut@yandex.ru

Цель исследования: изучение влияния различных антипсихотических препаратов (кветиапина, арипипразола и галоперидола) на психопатологическую симптоматику и состояние когнитивных функций у больных шизоаффективным расстройством.

Материалы и методы. Обследовано 121 больной. Оценку психопатологической симптоматики производили с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов. Для изучения когнитивных функций применялись методики: модифицированная Адденбрукская когнитивная шкала (ACE-R), Батарея лобной дисфункции (FAB), тест Струпа, Шкала позитивной и негативной симптоматики (PANSS).

Результаты. Нормализация психопатологического состояния больных по PANSS на фоне галоперидола происходила медленнее, чем при применении «атипиков». Полученные данные показали, что по большинству изученных показателей у обследованных пациентов отмечалось существенное улучшение. На это указывают статистически высоко значимые различия, полученные по соответствующим когнитивным доменам для каждого из препаратов на протяжении всех трех периодов терапии. Исключением является динамика зрительно-пространственного гнозиса/практика, улучшение здесь несколько меньше.

Результаты работы показали, что атипичные антипсихотики превосходят галоперидол при лечении шизоаффективного расстройства. На это указывают достоверный уровень взаимодействия этапа терапии и препарата при дисперсионном анализе повторных измерений суммарного балла PANSS, а также результаты спланированных попарных сравнений изменений этого параметра в процессе терапии тремя антипсихотиками. Когнитивный дефицит представляет собой только почву для формирования психопатологических проявлений, определяющих нозографическую специфику соответствующих психозов.

РОЛЬ СЕМЬИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Мыльникова Ю.А., Кольтяпин Р.А., Сидельников В.М.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар
m_julia@mail.ru

Цель исследования: определение роли семьи в психосоциальной реабилитации пациентов. В задачи исследования входило изучение семейного статуса пациентов, сравнение медико-социального статуса и качества жизни одиноких больных с семейными лицами.

Материалы и методы. Обследованы 39 пациентов 18-65 лет. Использовано структурированное клиничко-социальное интервью. Все обследуемые разделены на две группы: первую составили семейные – 26 человек, вторую – одинокие (13 человек). Женщины составили 38,5%, мужчины - 61,5%. Представлены пациенты с органическими расстройствами (F00-09) - 15 человек (38,4%), шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F20-28) в ремиссии - 17 человек (43,0%), аффективными расстройствами (F30-39) - 5 человек (12,9%), с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40-49) – 2 человека (5,7%). Большинство близких ухаживает за супругом/супругой (23,6%), родителями (42,6%), взрослыми детьми (17,5%), братом/сестрой (10,7%), внуками (2,8%), бабушками/дедушками (1,4%), близким другом (1,4%). Возраст ухаживающих 19-86 лет.

Результаты. У семейных пациентов в 1,5-2 раза ниже риск рецидивов и регоспитализаций, чем у одиноких. У получающих поддержку семьи лиц более высоки показатели материально-бытового обеспечения, качества жизни и информированности о заболевании.

НЕГОСУДАРСТВЕННАЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА – ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Наров М.Ю.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Новосибирск;

АНО «Судебно-психиатрическая экспертиза», г. Новосибирск

2996458@mail.ru

Проблема организации и проведения судебно-психиатрической экспертизы в негосударственных судебно-экспертных учреждениях в России стала особенно актуальной в последние 5 лет в связи с известными изменениями российского законодательства, в силу которых, общее количество судебных психиатрических исследований в большинстве регионов увеличилось, в среднем, в 2 раза.

Негосударственное судебно-экспертное учреждение автономная некоммерческая организация «Судебно-психиатрическая экспертиза» (далее – Учреждение) является клинической базой кафедры психиатрии Новосибирского государственного медицинского университета, имеет лицензию Министерства здравоохранения Новосибирской области на осуществление медицинской деятельности и специализируется в сфере проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз по уголовным делам.

Приоритетами Учреждения являются:

1. Четкое соблюдение требований законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании, государственной экспертной деятельности (в части касающейся), а также нормативных актов Минздрава России, регламентирующих порядок оформления заключения судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов).

2. Организация работы в соответствии с методическими рекомендациями ФГБУ «ФМИЦПН им В.П. Сербского» Минздрава России.

3. Проведение большинства экспертных исследований в однородном варианте, в том числе, по вопросам наркологии и сексологии. Комплексный характер исследований применяется при обоснованной заказчиком необходимости включения в комиссию экспертов медицинского психолога.

4. Включение в комиссию экспертов, наряду с сертифицированным врачом судебно-психиатрическим экспертом, врачей-психиатров (наркологов, сексологов), не имеющих сертификата по специальности «судебно-психиатрическая экспертиза».

5. Профессиональная переподготовка судебно-психиатрических экспертов по другим психиатрическим субспециальностям (наркология, сексология) и использование таких специалистов для проведения экспертных исследований в едином варианте.

6. Проведение всех судебно-психиатрических экспертиз в отношении подэкспертных, находящихся под стражей, в выездном варианте: в местах лишения свободы, в кабинете следователя, в зале суда.

7. Применение в работе современных технологий в сфере коммуникации и информатизации, в частности, разработанного в Учреждении мобильного автоматизированного рабочего места врача судебно-психиатрического эксперта.

В 2015 -2016 гг. Учреждением проведено более 300 экспертиз в интересах судебно-следственных органов Новосибирской области, Кемеровской области, Томской области, Тюменской области, Алтайского края, Республики Алтай при отсутствии замечаний со стороны заказчиков.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Надеждин А.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва

aminazin@inbox.ru

Возраст традиционно рассматривается в качестве патопластического фактора, влияющего на клиническую картину и течение психической патологии, включая различные формы зависимого поведения. Важность изучения особенностей наркологической патологии у детей и лиц позднего

возраста обосновывается высокой уязвимостью этих контингентов к неблагоприятным в плане психического здоровья факторам. В случае несовершеннолетних злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) обуславливает их социально-экономическую не успешность в дальнейшей жизни. Существуют данные о том, что употребление наркотиков в период от 12 до 18 лет жизни связано с серьезными нейробиологическими последствиями для личности, так как мозг подростков отличается морфологическими и функциональными особенностями от мозга ребенка и взрослого. В результате нейрогормональных изменений в гипоталамо-гипофизарной системе, происходит морфофизиологическое созревание, которое начинается во внутриутробном периоде и заканчивается при завершении полового созревания. Эти изменения в ЦНС влияют на поведение подростков и закладывают фундамент для формирования навыков решения проблем в будущем. Подростки, употребляющие наркотики и алкоголь, имеют более высокий, чем в популяции уровень сопутствующей психической патологии и чаще сообщают о психических травмах, физическом и сексуальном насилии. С другой стороны, психическая патология предшествует развитию потребления ПАВ и существенно усугубляется при формировании систематического потребления и зависимости. **Особенностями течения наркологических заболеваний у несовершеннолетних** является высокая степень их социальной зависимости, большая представленность в статусе эмоционально неустойчивых черт, незавершенность и «незрелость» синдромальных образований не только в интоксикации, но и в абстиненции.

Возраст обратного развития характеризуется достаточно интенсивными изменениями соматической и психической сферы, которые оказываются благоприятной почвой, особенно в условиях экономической нестабильности, для развития различной социогенно обусловленной психической и наркологической патологии. Врачи имеют низкую степень настороженности при оценке потребления алкоголя у людей этого возраста, поэтому шанс выявления чрезмерного употребления алкоголя небольшой и диагностические критерии МКБ-10 в этом случае менее значимы. Например, из-за возрастных изменений, усиливаются эффекты алкоголя и других ПАВ, что ведет к снижению толерантности, таким образом, этот критерий диагноза не работает. Еще один признак, характеризующий продолжение использования ПАВ, несмотря на явные признаки вредных последствий, не может применяться у многих пожилых людей, которые не признают, что их проблемы, такие как депрессия, связаны с алкоголем или другими ПАВ возможно из-за ошибочного восприятия симптомов, наблюдаемых при употреблении алкоголя или наркотиков, как части нормального процесса старения, а не результат их употребления. Многие пожилые люди считают употребление алкоголя, как «последнее доступное удовольствие», поэтому они менее мотивированы на изменение своего стиля жизни. У пожилых людей с наркологическими проблемами риск выявления психических и соматических расстройств в несколько раз выше, что диктует необходимость организации адекватного сопровождения наркологического лечения врачами-интернистами.

ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Незнанов Н.Г.^{1,2}, Михайлов В.А.¹, Дружинин А.К.¹, Киссин М.Я.², Бочаров В.В.¹, Липатова Л.В.¹

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,

²ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург

ankod63@mail.ru

Количество пациентов с эпилепсией с завершённой попыткой суицида в 5 раз выше, чем в популяции, и занимает третью позицию среди причин смерти этой нозологической группы. Изучение психопатологических и патопсихологических характеристик эпилепсии приближает нас к пониманию возможного суицидального поведения в этой группе пациентов.

Материалы и методы. Исследовано 119 пациентов с эпилепсией (57 мужчин и 62 женщины); возраст 40,724±0,54 года, длительность заболевания 9,73 года, возраст начала эпилепсии 28,52 года. Распределение по формам эпилепсии составляет: G40.0 (локальная форма с судорогами) - 26,1%; G40.1 (простые парциальные припадки) - 23,5%; G40.2 (комплексные парциальные припадки) - 18,5%; G40.3 (генерализованные судорожные припадки) - 31,1%; G40.4 (другие виды генерализованной эпилепсии и эпилептических синдромов) - 0,8%.

Исследования проводились с применением психологических шкал и опросников: Reasons for Living Inventory, (M. Linehan); Questionnaire of suicidal risk, (T.N. Razuvaeva), шкалы безнадежности Бека, программы суицидального риска «Сигнал» (М.В. Зотов), личностного опросника Big Five, QOLIE-31, SCL-90-R, HADRS, HARS.

Результаты. В соответствии с используемыми шкалами и опросниками получены данные о повышении следующих психопатологических показателей: соматизация – 1,363, межличностная сенситивность – 0,96, обсессивность-компульсивность – 1,32, депрессия – 0,97, тревожность – 0,96, психотизм – 0,63, фобическая тревожность – 0,89, паранойяльность – 0,96, агрессивность – 0,71 балла (SCL-90-R); тревога общая – 20,02, тревога психическая – 9,14, тревога соматическая – 10,86 балла (HARS); депрессия – 9,62 балла. Снижение факторов причин для жизни: уверенность в преодолении трудностей – 4,81, ответственность перед семьей – 4,76, мотив, связанный с детьми – 5,17, опасение самоубийства – 2,71, опасение социального неодобрения – 3,64, моральные установки – 3,75, общий балл – 4,14, (Reasons for Living Inventory). Увеличены показатели факторов риска развития суицида: демонстративность – 2,44, аффективность – 3,5, уникальность – 2,7, несостоятельность – 3,45, социальный пессимизм – 2,94, слом культурных ценностей – 2,08, максимализм – 2,12, временная перспектива – 2,65, антисуицидальный фактор – 3,58 (опросник Т.Н. Разуваевой).

Наибольшее значение при риске развития суицида у больных эпилепсией имеют показатели тревоги и депрессии. У больных эпилепсией снижены показатели причин для жизни, которые тесно связаны с ее качеством. Возрастные нормы показателей риска развития суицида повышены. Личностные факторные характеристики больных эпилепсией определяют степень возможной суицидальной попытки и тесно коррелируют с психопатологической картиной.

ОТНОШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ К ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВУ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Некрасов М.А., Крутых Е.Г.

ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева», г. Орел

nekrasovma77@yandex.ru

Спектр потребностей пациентов важно учитывать при оптимизации региональной службы охраны психического здоровья.

Цель исследования: изучить отношение психически больных к местной психиатрической помощи.

Материалы и методы. Проведен социологический опрос 1042 пациентов Орловского психоневрологического диспансера по специально разработанной анкете.

Результаты. Почти ½ (44%) респондентов-горожан оценило уровень помощи как «хороший», 15% - как «низкий». Ситуация в сельских районах противоположна: Большинство (62%) респондентов оценило уровень помощи «низким» и лишь менее 3% «хорошим». 46% всех опрошенных предпочли бы лечение в Москве: там более квалифицированные психиатры (более 30% респондентов), используются высокоэффективные современные препараты (почти 30%) и лучшее диагностическое оборудование (15%). Однако 95% опрошенных не могут лечиться в столице по финансовым соображениям. Респонденты, горожане и селяне, с опытом лечения в областной психиатрической больнице (ООПБ) основными неблагоприятными моментами отметили следующие: низкое качество питания (94%), переполненность палат (93%), сложные бытовые условия (90%), невозможность по своему усмотрению использовать свободное время (57%), недостаточный объем консультаций интернистов (33%). Уровень профессионализма больничного и внебольничного медперсонала оценен более половиной (55%) респондентов «средним». Почти 1/3 (31%) пациентов психиатрических кабинетов при ЦРБ и почти 1/5 (17,5%) пациентов ООПБ оценили работу младшего медперсонала на «низком уровне». Свыше половины (55%) всех респондентов указали на необходимость комплексных изменений для повышения качества региональной службы: 60% считают необходимым увеличение числа психиатров, ведущих амбулаторный прием, 15% - психотерапевтов, использующих современные методы лечения, 35% - улучшение лекарственного обеспечения, 30% - материально-технического состояния лечебных учреждений, 12% - расширение возможностей дневных стационаров и создание психиатрических отделений в районах области, 12% - упрощение получения консультации ведущих российских специалистов.

Таким образом, проведение регулярных социологических опросов позволяет проводить динамическую оценку качества оказания специализированной помощи и определять пути ее реформирования.

САМОУБИЙСТВА И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В РОССИИ В 1959-2014 ГОДАХ

Немцов А.В.¹, Шельгин К.В.²

¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва;

² ГБОУ ВПР «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск
nemtsov33@gmail.com

Исследовали значение потребления алкоголя для самоубийств в России на протяжении 1959-2014 гг. Сопоставляли выявленный в результате наших исследований уровень потребления алкоголя со стандартизованными показателями смертности при самоубийствах по данным Росстата. На основе методики ARIMA и индексного метода были выделены две группы суицидентов, чьи смерти были или не были связаны с потреблением алкоголя. Показано, что доля самоубийств, связанных с потреблением алкоголя, составляет в среднем 46,1% у мужчин и 37,7% у женщин.

Несмотря на значительные колебания потребления алкоголя на протяжении периода исследования, это соотношение было относительно постоянным: у мужчин от 37% в 1988 г. до 55,2% в 1994 г. (у женщин 29,8% в 1987 г. и 45,9% в 1994 г.). Доля алкогольной смертности снижалась при снижении потребления и наоборот росла при увеличении потребления. Регрессия самоубийств по потреблению алкоголя оказалась линейной и показала, что при изменении потребления на литр смертность у мужчин изменяется на 3,5%, а у женщин на 2,6%. Получены данные об изменении показателей общей смертности при самоубийствах на протяжении исследуемого периода и в связи с алкоголем, при изменении социально-экономических условий в России.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ненастьева А.Ю.^{1,2}, Винникова М.А.², Кибитов А.О.¹, Адамян В.А.¹

¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва;

² ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва
nyura1@mail.ru

С биологической точки зрения состояние предрасположенности к зависимости описывается как комплекс генетически детерминированных особенностей нейрхимических систем головного мозга, благодаря которым при употреблении психоактивных веществ (ПАВ) состояние зависимости развивается быстро и протекает злокачественно.

Цель исследования: изучение влияния уровня генетического риска (УГР) развития болезней зависимости на клиническую картину нарколологических заболеваний.

Материалы и методы. В исследование были взяты пациенты с изученным фенотипом и генетическим профилем: 349 пациентов с диагнозом по МКБ-10 «Синдром зависимости от алкоголя» и 196 пациентов с диагнозами: «Синдром зависимости от одного или нескольких наркотических средств». Средний возраст пациентов с синдромом зависимости от алкоголя составил 41,88±9,9 год. Мужчины составили 76%, женщины – 24%. Средняя длительность алкогольной зависимости к моменту исследования – 15,75±9,2 лет. Средний возраст пациентов с синдромом зависимости от наркотиков составил 30,75±4,84 лет. Мужчины составили 78%, женщины – 22%. Средняя длительность заболевания к моменту обследования – 10,57±4,85 лет. Большинство обследованных пациентов злоупотребляли наркотиками опиной группы (78,4%). Остальные пациенты страдали зависимостью от психостимуляторов (6,8%), зависимостью от каннабиноидов, включая спайс (2,7%), зависимостью от нескольких видов наркотических средств (12,1%). Основные методы исследования: клиничко-диагностический, клиничко-психопатологический, молекулярно-генетический, статистический.

Результаты. В общей выборке пациентов с алкогольной (АЗ) и наркотической (НЗ) зависимостью преобладает высокий (повышенный) и крайне высокий УГР: в 63,2% и 64,9%, соответственно. Установлено наличие достоверных корреляций между клиническими параметрами заболевания и УГР. Клинически более тяжелыми представляются больные с высоким уровнем риска: выявлена связь более высокого УГР с более ранним началом злоупотребления ПАВ (-0,32 отрицательная средняя корреляционная связь (КС) у больных АЗ и НЗ), высоким темпом прогрессивности (0,37 прямая средняя КС у больных АЗ и НЗ), повышенным уровнем толерантности (0,37 прямая средняя КС у больных с АЗ), большей тяжестью и длительностью абстинентных расстройств (0,41 прямая средняя КС у больных АЗ и НЗ). Достоверных связей между наличием ремиссий у пациентов и УГР выявлено не было. УГР также связан с уровнями патологического влечения к ПАВ и депрессии: высокие стартовые показатели последних характерны для больных с высокими УГР (0,3 и 0,14, соответственно КС у больных АЗ и НЗ). Пациенты с повышенным генетическим риском в общей выборке отличаются: значительной долей отказов от лечения на 5-7 день пребывания в стационаре (43% больных АЗ, 36% больных НЗ), нарушениями режима пребывания в стационаре (48% случаев), отказами от включения в психотерапевтические программы (36%), у 13% отмечается крайне низкий комплаенс в отношении лечения.

Исследование продолжается, планируется установить наличие связи между УГР и эффективностью проводимой терапии, а проведение генотипирования перед назначением фармакотерапии может повысить эффективность лечения больных с синдромом зависимости.

ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У УЧАЩИХСЯ 10-11 КЛАССОВ

Нечкина Е.Е., Мыльникова Ю.А., Переудина А.А.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Краснодар
m_julia@mail.ru

Проблема суицидов актуальна в наше время, так как частота суицидов в России остается на высоком уровне и превышает критическое значение ВОЗ. По официальной статистике сейчас 1 миллион человек в мире ежегодно заканчивают жизнь самоубийством. Но реальная статистика отличается от официальной, так как в нее входят только совершившиеся суициды и не входят суицидальные мысли, намерения и попытки. Частота суицидальных действий и мыслей у подростков за последние два десятилетия удвоилась. У 30% молодежи в возрасте от 14 до 24 лет отмечаются суицидальные мысли, у 6% юношей и 10% девушек совершают суицидальные попытки.

Целью исследования стало выявление суицидального риска у учащихся старших классов. Для достижения этой цели поставлены следующие задачи: выявление личностных особенностей, влияющих на формирование суицидальных наклонностей (уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности личности); определение степени суицидального риска (умеренный, высокий, очень высокий) среди подростков.

Материалы и методы. При помощи экспериментально-психологического метода было обследовано 50 (27 девочек и 23 мальчика) учащихся 10-11 классов средней образовательной школы г. Краснодара. Исследование личностных особенностей подростков проводилось при помощи опросника Г. Айзенка «Оценка психического состояния личности». Первичные данные были обработаны при помощи программы Microsoft Excel 2007.

Результаты. Было выявлено, что 28 школьников (56%) не имеют суицидального риска, а 22 школьника (44%) имеют суицидальный риск различной степени. Группа суицидального риска представлена 8 мальчиками (36,3%) и 14 девочками (63,7%). Среди обследуемых подростков у 16 школьников (72,8%) была выявлена умеренная степень риска, которую можно связать с возрастными особенностями эмоциональной сферы (это подростки, в опросниках которых отмечалось незначительное повышение показателей – до 14 баллов), у 5 школьников (22,7%) выявлен высокий риск суицида, в основном это связано с повышенной тревожностью этих подростков (в их анкетах показатели значительно повышены – 14-16 баллов), и у 1 школьника (4,5%) выявлен очень высокий суицидальный риск (все показатели превышают 17 баллов).

В результате проведенного исследования было выявлено, что девочки чаще мальчиков имеют суицидальные мысли и намерения. Умеренный суицидальный риск сопряжен с пубертатным кризом. Высокий суицидальный риск связан с повышенным уровнем тревожности, агрессивности. Подросткам

с высокими значениями суицидального риска рекомендована психокоррекция в виде групповых и индивидуальных бесед с психологом и индивидуальная психотерапия.

ФАКТОРЫ ПРОВОКАЦИИ И ПОДДЕРЖАНИЯ ПРОЦЕССА НАРКОТИЗАЦИИ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ

Николаева А. В.

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург
anastasia_nikolaeva_k@mail.ru

Целью данного исследования являлось выделение факторов провокации и подкрепления интереса пользователей социальной сети «ВКонтакте» к теме наркотической культуры. Для исследования данного вопроса была выбрана одна из открытых общему доступу групп, поддерживающая и пропагандирующая культуру потребления психоактивных веществ (ПАВ).

Анализ содержания группы. Количество участников на момент исследования составляло 9760 человек. Из них 62% лиц мужского пола, 38% – женского. 75% участников группы являются совершеннолетними, каждый пятый участник – несовершеннолетний. При анализе количественного соотношения участников группы, выявлено, что количество мужчин на 25,5% превышает количество женщин, среди несовершеннолетних наблюдается обратная картина – мальчиков на 15% меньше, чем девочек.

С целью изучения характерных особенностей публикуемой информации было проанализировано 200 последних записей (постов) в новостной ленте группы. Посредством контент-анализа удалось выделить шесть тематических единиц и частоту их встречаемости: 1) примеры искаженного восприятия реальности, метафоричное изображение ПАВ, психоделические изображения – 34%; 2) изображения и фотографии ПАВ – 29%; 3) мотивирующие на употребление ПАВ изображения – 16%; 4) фотографии, иллюстрирующие примеры употребления ПАВ – 16%; 5) высказывания знаменитостей, отрывки из произведений художественной литературы – 8%; 6) изображения сексуального характера – 1%.

По результатам анализа средних показателей откликов участников на выделенные тематические единицы, среди понравившихся постов наибольшую симпатию участники группы проявляют к «Мотивирующим изображениям» и «Примерам искажённого восприятия реальности...». Наименьшее интерес проявлен к «Фотографиям, иллюстрирующим примеры употребления ПАВ». Для выявления средних показателей распространенности повторных публикаций постов по выделенным темам был проведен анализ количества копирований и отображений информации из новостной ленты группы на персональной странице участников (т.н. «репосты»). Наибольшее количество копированных постов относится к «Высказываниям знаменитостей...» и «Мотивирующим изображениям».

Выводы: 1) на сегодняшний день одним из важных факторов риска распространения разного рода информации о ПАВ является существование общедоступных групп социальных сетей, пропагандирующих наркотическую культуру; 2) первенствующими факторами подкрепления и поддержания интереса пользователей социальной сети к теме наркотической и психоделической культуры являются изображения и фотографии, содержащие мотивирующий компонент, а также реальные и метафоричные изображения ПАВ; 3) наибольший интерес к теме ПАВ среди несовершеннолетних пользователей социальной сети проявляют девочки; 4) информация, публикуемая на страницах подобных групп может являться в случае первичного ознакомления – причиной повышения восприимчивости и снижения критичности к воздействиям общих тенденций подобных групп, формируя, таким образом, психологическую готовность к употреблению ПАВ; в случае уже сформировавшейся у личности аддикции – фактором поддержания зависимого поведения, а также возможности поиска единомышленников, обмена информации о действии наркотических веществ и методах их употребления.

ДИАГНОСТИКА СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАМКАХ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Николаевская А.О.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск
angelinasevostyanova@yandex.ru

Ввиду высокой распространенности в населении пограничных психических расстройств, к числу которых относятся и соматизированные психические расстройства, несовершенства организации психиатрической помощи таким больным, стигматизации, среди первоочередных научно-практических задач психиатрии стоит разработка новых форм выявления, терапии и профилактики подобного рода нарушений. Наиболее весомой представляется проблема активного раннего выявления пограничной психической патологии, позволяющей своевременно проводить комплекс лечебных и социально-профилактических мероприятий.

Целью исследования стала разработка алгоритмов ранней диагностики соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники. В процессе работы были определены следующие задачи: обозначить разновидности соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями в поликлиническом звене; проанализировать клинические особенности на начальном этапе течения заболевания; описать алгоритмы ранней диагностики указанных состояний для специалистов городской поликлиники (участковый терапевт, кардиолог, невролог, медицинский психолог, психотерапевт и др.).

Материалы и методы. С 2011 по 2015 г. обследованы 218 больных соматизированными психическими расстройствами с сердечно-сосудистыми симптомами с различной тяжестью заболевания. Учитывая диагностические критерии МКБ-10, а также специфику клинической картины заболевания, были обозначены группы соматизированных психических расстройств у больных городской поликлиники: полисимптоматическая истерия (соматизированное расстройство), соматизированная депрессия и паническое расстройство.

Результаты. Частными особенностями клиники начального этапа соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями являются: у больных полисимптоматической истерией (соматизированным расстройством) – наличие не более 6 симптомов из четырех диагностических групп (нарушения со стороны сердца и дыхательной системы, псевдоневрологические, желудочно-кишечные, болевые симптомы), длительность заболевания до 1 года; при соматизированной депрессии (в рамках расстройства адаптации) – небольшая тяжесть заболевания (набор симптомов для диагностики составляет не более трех), преобладание в клинической картине сомато-вегетативных функциональных симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы, которые носят сенестопатический оттенок, непродолжительное (до полугода) течение; у больных паническим расстройством – небольшое количество симптомов в клинике панической атаки (не более трех), фиксируемые в единичных случаях психические симптомы, межприступный период без тревоги предвосхищения, навязчивой ипохондрии, сверхценных ипохондрических идей, невысокая частота панических атак (менее 1 раза в неделю), длительность заболевания до 1 года.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Новохацки А.В., Изаровский Б.В., Непомнящий Н.Н.

ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный университет»,
ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», г. Челябинск
anovokhatski@gmail.com, choknb@rambler.ru

В настоящее время особый интерес представляет оценка нейропсихологического статуса, характерного для пациентов с алкоголизмом, особенно в контексте определения прогноза заболевания, вариантов его исхода и определения реабилитационного потенциала больных наркологического профиля, а также решения вопросов об их нетрудоспособности.

Цель исследования: оценка структуры и тяжести нарушений высших психических функций у больных алкоголизмом, характерных для разной длительности заболевания.

Материалы и методы. Экспериментальная группа включала 70 пациентов с диагнозом «Алкоголизм. II стадия. Запойная форма» (в том числе 38 мужчин и 32 женщины в возрасте в среднем 42 года). Стаж злоупотребления алкоголем составил более 5 лет. Все пациенты прошли электроэнцефалографическое и нейропсихологическое обследование, включающее пробы на исследование всех видов праксиса, гнозиса и интеллектуально-мнестической деятельности.

Результаты. Нейропсихологическими особенностями пациентов с алкоголизмом являются диффузность поражения головного мозга при токсическом воздействии алкоголя, а также их вариативность, разброс симптоматики нарушений внутри групп с различным стажем заболевания.

В структуре нейропсихологического статуса пациентов с алкоголизмом первичный характер носят нарушения функционирования неспецифических подкорковых структур головного мозга и дефект корково-подкорковых связей, что также подтверждается данными электроэнцефалографического исследования (у 80% регистрируется задействованность дизэнцефальных структур). В рамках обследования данные нарушения проявляются в виде умеренно выраженного дефекта динамического компонента всех высших психических функций: снижение темпа работоспособности, неравномерная эффективность выполнения заданий, снижение продуктивности, трудности сосредоточения (импульсивный характер ошибок). Нарушения памяти (преимущественно кратковременной) и внимания носят модально-неспецифический характер. Также обращает на себя внимание нарушение эмоциональной сферы как на экспрессивном уровне (негативный фон основных переживаний), так и на гностическом уровне, что сочетается со снижением интонационного компонента речи. Заметной особенностью картины нарушений у пациентов является дефект пространственного фактора в психической деятельности в сочетании с нарушениями модально-специфических кожно-кинестетических факторов в виде тактильных агнозий, не связанных с поражениями периферической нервной системы.

В результате по данным нейропсихологического и электроэнцефалографического исследования пациентов с алкоголизмом проведены клинко-электрофизиологические сопоставления и выделены основные паттерны нарушений интеллектуально-мнестической деятельности. Дальнейшая разработка критериев классификации нарушений психической деятельности может стать основой для стандартизации процедуры оценки степени сохранности или нарушенности различных компонентов психической деятельности в рамках решения вопросов медико-социальной экспертизы, а также для определения целесообразности мероприятий в рамках нейрореабилитации больных алкоголизмом.

РОДИТЕЛЬСКОЕ ОТНОШЕНИЕ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Норматова К.Ю., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

yavada@mail.ru

Актуальность темы исследования определяется тем, что в настоящее время имеется значительное количество детей с диагнозом «детский аутизм». Несмотря на то, что данное заболевание выявлено и описано достаточно давно, все еще не существует универсального и эффективного набора методов, позволяющих успешно справляться с этой проблемой. Важную роль в лечении детского аутизма играют родители. Именно от родителей, от их систематических и целенаправленных усилий нередко зависит благоприятный прогноз развития такого ребенка. Поэтому представляется важным сделать акцент на психологическом состоянии родителей ребенка с детским аутизмом.

Цель исследования: выявить родительское отношение в семьях детей с детским аутизмом.

Материалы и методы. Проведено обследование 12 детей с детским аутизмом, получавших лечение в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента в возрасте от 5 до 11 лет. В работе использовались тест-опросник родительского отношения (ОРО) и психопатологический метод с наблюдением детей.

Результаты. Тест-опросник ОРО свидетельствует, что у родителей во взаимодействии с ребенком доминирует отвержение. Такие родители озлоблены, причем их раздражение и обида направлены на ребенка. Они не уважают личность и интересы своего ребенка. В этих случаях ребенок воспринимается родителями как неуспешный и неприспособленный. Исследование показало, что в семьях, воспитывающих детей с аутизмом, формируются неадекватные межличностные

отношения. К числу факторов, нарушающих внутрисемейную атмосферу и влияющих на развитие неконструктивных моделей детско-родительских взаимоотношений, можно отнести следующие: характер и степень выраженности отклонений у ребенка, их необратимость, длительность и внешние проявления психофизической недостаточности; личностные особенности родителей, которые могут обостряться в травмирующей психику ситуации (проявление тенденций к развитию акцентуаций или аномалий характера); ценностные ориентации родителей и особенности влияния родительских установок на процесс воспитания ребенка, зависимость родительских установок от семейных, национально-этнических традиций, социально-культурного уровня и образованности родителей как воспитателей.

Таким образом, психологические особенности родителей – авторитарный, невротичный, психосоматический тип – оказывают влияние на выбор модели воспитания: модель «сотрудничество» или модель «отказ от взаимодействия». Необходимо учитывать также, что социальная среда, в которой находятся родители, способствует либо затрудняет реализацию родителями их воспитательных задач.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПАРАДИГМ «ЛЕЧЕНИЯ» И «РЕАБИЛИТАЦИИ»

Носатовский И.А., Рогачева Т.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
igor964@mail.ru

«Лечение» и «реабилитация» - понятия, которые при общих чертах целеполагания, акцентируют внимание на различных сторонах преодоления болезненного процесса. Понятие «реабилитация» появилось относительно недавно, после Второй Мировой войны, когда многие страны столкнулись с проблемой жизненного обустройства миллионов лиц, пострадавших из-за боевых травм и других пагубных последствий войны.

«Лечение» – подход к устранению причин, а также болезненных проявлений, последствий нарушенного соматического или психического здоровья человека. «Лечение» существует в контексте общепатологического подхода к нарушенному здоровью, включающего такие понятия как нозология, этиология, патогенез, клиника и т.д.

«Реабилитация» же акцентирует внимание на социальной стороне выздоровления, на целостном восстановительном (саногенном) процессе, на проблемах трудоспособности, социального функционирования, бытовой адаптации. Наряду с биологическими, психическими и общественными факторами сюда включаются и экономические условия. В различных сферах человеческой деятельности говорят о медицинской, медико-социальной, трудовой, профессиональной, психологической, спортивной, бытовой и других видах реабилитации. Вместе с тем, окончательно не прояснен ареал их «компетенций». Не добавляет ясности известная атрибутика свойств реабилитации, категориальный аппарат, принципы, этапы и сама формулировка понятия. Правильнее говорить о различных аспектах единой реабилитации в контексте целостного саногенного процесса.

Немаловажны и прикладные аспекты, связанные с этими понятиями, в частности, правовые. Согласно ст. 41 Конституции РФ, всем гражданам страны бесплатно гарантирована «медицинская помощь», понимаемая как лечение. Реабилитационные же мероприятия фактически остаются за рамками обязательной государственной поддержки.

Концепция «лечения» предполагает борьбу с болезнью, ее причинами, механизмами формирования и распространения расстройств. Она предусматривает непосредственную ликвидацию заболевания и устранение патологических проявлений болезни. Терапевтический процесс направлен на настоящее, «сегодняшнее» состояние организма; его необходимым условием является выделение конкретных причин и механизмов развития заболевания. Лечебный прогноз, обычно, исходит из нозологического или синдромологического диагноза. Лечение может осуществляться без активного участия пациента, в определенной степени является иногда пассивным воздействием. Конечной целью лечения является ликвидация заболевания или сокращение его проявлений. Полное выздоровление в результате лечения не требует реабилитации.

Основные концептуальные особенности «реабилитации» связаны с мобилизацией защитных механизмов, сохраненных систем и структур организма. Акцент делается на здоровье человека, его

личности, закономерностях саногенного процесса, на устранении последствий болезни. Реабилитация устремлена в будущее, носит перспективный характер, больше адресуется к адаптационным средствам, ресурсам личности больного. Реабилитационный прогноз сосредоточен на определении восстановительного потенциала, на трудовых и социальных перспективах пациента. Выяснение потенциальных, резервных возможностей организма обычно требует дополнительного обследования пациента для установления уровня профессиональной пригодности и социальной включенности. Реабилитационный прогноз основывается на функциональном диагнозе и формулируется преимущественно в категориях человеческого поведения. Реабилитация рассматривается как активный восстановительный процесс. Пациент деятельно участвует в реабилитационном процессе, направленном на восстановление здоровья, повседневной активности, преморбидного личностного статуса, который включает трудоспособность, социализацию, а также персональную и экономическую независимость от окружающих. Реабилитация обычно осуществляется при возникновении последствий, осложнений хронического заболевания или травмы, которые препятствуют соматическому или психическому функционированию пациента и требуют его социализации.

РОЛЬ И МЕСТО НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ В ЭКСПЕРТИЗЕ СДЕЛКОСПОСОБНОСТИ **Носачев Г.Н.**

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Специализированный консультативно-диагностический центр, г. Самара
nosachev.g@mail.ru

Более тридцати лет как из неврологии и из соматической медицины исчезло понятие «обнубиляция» (легкое оглушение), а, соответственно, её диагностика, лечение и экспертная оценка.

Цель работы – привлечение внимания лечащего врача к гражданско-правовым проблемам пациента с синдромом обнубиляции (сделкам – завещанию, дарению и др.) и значению медицинской документации для проведения судебной экспертизы в гражданском процессе.

Правовая формула ст. 177 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) включает две составляющих (два критерия): медико-психологическую и юридическую. Юридическая (в чистом виде психологическая) составляющая, в свою очередь, включает интеллектуальный компонент (способность понимать значение своих действий) и волевой (руководить ими). Для признания недействительности сделки по юридической составляющей достаточно одного компонента. Следовательно, в узком смысле интеллектуальный компонент как бы не включает в себя патологию сознания. Между тем познавательная (интеллектуальная) деятельность, по мнению П.Ф. Малкина, начинается с предпосылок к интеллекту, которые включают в себя и сознание, без которого познание (сознание как со-знание, связь знаний) невозможно.

Медицинский критерий ст. 177 ГК РФ определяется как состояние «гражданина, хотя и дееспособного, но находившимся в момент её совершения в таком состоянии». В статье не дается четкого определения «такого состояния», которым, по нашему мнению, могут являться как психические расстройства непсихотического уровня (кратковременные обнубиляции), так и соматические заболевания, в период тяжелых декомпенсаций, в которых могут наблюдаться психопатологические (ундулирующее оглушение, астеническая спутанность) и психологические состояния, влияющие на свободу волеизъявления.

Необходимо отметить, что сделкоспособность отличается от правовой категории «дееспособность-недееспособность» ст. 29 ГК РФ («Признание гражданина недееспособным»). Во-первых, сделкоспособность имеет в виду способность лица понимать значение своих действий и руководить ими на определенном ограниченном отрезке времени; во-вторых, сделкоспособность относится к конкретному гражданскому акту – совершению сделки и в условном смысле соответствует понятию «вменяемость» в уголовном процессе. Релевантными недееспособности являются стойкие продуктивные и негативные психические расстройства при прогрессирующих экзогенно-органических психических заболеваниях, включая слабоумие (деменцию), шизофрению. Экспертный вывод о несделкоспособности значительно сложнее, особенно в тех случаях, когда он не совпадает с недееспособностью. К сожалению, из-за близости формулировок и стереотипов мышления в медицинском сообществе, также как, нередко, в адвокатской и даже судебной практике, вопросы к экспертам ставятся недостаточно четко, т.е. несделкоспособность подменяется недееспособностью. Не

останавливаясь на правовых различиях указанных статей, подчеркнем главное: ст. 29 – направлена на текущие и будущие права и обязанности гражданина, а ст. 177 – сиюминутна на момент совершения сделки. Вот почему так важно знать текущее на момент сделки соматическое и психическое состояние пациента. Отсюда и важность полного описания их в медицинской документации. Нередко экспертам, специалистам, адвокатам и суду необходимо принимать решения, в первую очередь, по медицинской документации спустя годы после совершения сделки, особенно при посмертных (заочных) экспертизах.

О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОМАНИИ В СРЕДЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Нуртдинов М.А.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа
nurtdinovma68@mail.ru

Алкоголизм является, как известно, социальной проблемой, и среда медицинских работников не является изолированной от общественных процессов. В то же время ригидная корпоративная этика не позволяет осуществлять адекватный контроль за распространенностью наркомании в среде медицинских работников.

Цель исследования: изучить тенденции и распространенность наркомании в среде медицинских работников.

Материалы и методы. В исследование были включены врачи и сестринский персонал 4-х крупнейших больниц города и страны, обследование проводилось на протяжении 25 лет. Методы исследования – лонгитюдное наблюдение, естественный эксперимент, а также биографический метод.

Результаты. Наркомания имеет свою социальную динамику, так если в 80-е годы 20 века в России были эпизодические случаи употребления привезенной из США ЛСД, в начале 90-х годов превалировала опиатная зависимость (морфин) и каннабиноидная, к середине 90-х годов появилась кокаиновая зависимость. К середине первого десятилетия 21 века широкое распространение получили спайсы. Что касается, возрастных особенностей, предпочитаемый вид наркомании не имел зависимости от возраста. Героиновая зависимость превалировала среди прошедших службу в горячих точках, что, несомненно, указывает на психотравмирующий фактор. В то же время опрошенными отмечается, что распространение марихуаны связано с транспортировкой последней из Афганистана, прошедшими там службу будущими врачами. Абсолютное большинство в группе наблюдения составляли мужчины – до 70%. Среди женщин большинство составляли медицинские сестры, предпочитавшие марихуану и ее производные. Среди наблюдавшихся 32,6% составляли кандидаты наук и 3 доктора медицинских наук. Абсолютное большинство составили работники экстремальных служб: хирургов было 12 человек, анестезиологов – 4, терапевты - 2, нарколог -1, врач функциональной диагностики -1, гинекологи- 2, патологоанатом -1, фтизиатр -1. Всю выборку можно разделить на эпизодически употребляющих и регулярно принимающих наркотики. Подавляющее большинство злоупотребляющих наркотиками сочетали их с алкоголем. Социальная тенденция заключалась в объединении обследуемых в закрытые сообщества с претензией на некую элитарность. В то же время, отмечался тренд на вовлечение новых членов в подобные объединения с псевдоиницирующей парадигмой – с предварительным применением марихуаны. Более старшие обследуемые преследовали цель закрепления своего статуса и одновременно создавали подобие шантажного досье, с иллюзией карьерного роста. Фактически это напоминало методы работы сайентологов и подобных закрытых сектантских групп.

Таким образом, медицинское сообщество - не отдельная социальная группа, болезни общества копируются в нем. В то же время, знание фармакологии в обследуемой группе легитимирует злоупотребление, и медицинские работники относятся к наиболее ригидной группе зависимых лиц.

СПЕЦИФИКА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОГРАНИЧНОМУ КОНТИНГЕНТУ БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИИ ОТКРЫТОГО ТИПА (С УЧЁТОМ СТЕПЕНИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА)

Овсянников С.А.¹, Лебедева Т.В.²

¹ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России;

²ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» ДЗ г. Москвы
psymgmsu2011@yandex.ru

Появление открытых стационаров в соответствии с приказом ДЗ г. Москвы №109 от 13.02.12 г. позволяет создать особую форму кризисной суицидологической службы с целью оказания конкретной помощи суицидентам. В связи с этим на базе НПЦ психоневрологии им. З.П. Соловьева были развернуты подобные отделения. В мужском отделении было изучено и проанализировано суицидальное поведение 55 мужчин с целью уточнения клинических особенностей их состояния и квантифицированной оценки критериев суицидального риска.

Преобладающими расстройствами у пациентов были депрессивные состояния различной степени выраженности, не достигающие, однако, психотического уровня (54,3%). До поступления в клинику у пациентов не наблюдалось наиболее опасных в плане суицидального риска депрессивных эпизодов, квалифицирующихся в системе квантификации балльной оценкой «5». У двоих пациентов до поступления в стационар отмечались тяжелые суицидальные попытки (самоповешение на ремне, тяжелое отравление вредными газами), которые оказались незавершенными в силу того, что окружающие сумели вовремя предотвратить летальный исход (вынули из петли, провели быструю детоксикацию). Подобные случаи расценивались по степени суицидального риска - 4 балла. У оцененной в 3 балла степени суицидального риска у пациентов преобладали депрессии циклотимоподобного типа. Заболевание начиналось внезапно, спонтанно, с утраты чувства радости, появления озабоченности, мыслей грустного содержания. На высоте подобной депрессии появлялись тоскливость и мысли о бесперспективности жизни. В данной группе депрессивных больных мысли о том, чтобы уйти из жизни появлялись очень часто, что вынуждало их активно бороться с ними, искать поддержки у окружающих. Психотерапевтические беседы врачей отделения с пациентами были направлены на коррекцию тревожных опасений с акцентом на реально имеющиеся перспективы преодоления трудностей, возвращения к прежнему состоянию, чему способствовала и проводимая медикаментозная терапия антидепрессантами (ципралекс, ремерон, пароксетин, золофт, пиразидол и др.). Постепенно тревожность и угнетенность заметно ослабевали и исчезали. В 28,6% наблюдений суицидальные мысли регистрировались лишь при поступлении (риск - 2 балла), с формированием стойкой ремиссии после психотерапевтического лечения. У 17,1% обследованных больных были выявлены суицидальные мысли и поступки в анамнезе. В таких случаях (суицидальный риск - 1 балл) требовалась минимальная антидепрессивная терапия и достигалась ремиссия.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Овчинникова Е.А.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа
katerinaalechina@mail.ru

Депрессия и суициды среди пожилых лиц являются актуальной проблемой здравоохранения. Распространенность большой депрессии находится в диапазоне от 1,6% до 6%, а депрессивные симптомы встречаются у 7%-13% людей пенсионного возраста. Депрессию обязательно следует выявлять и лечить, особенно у пожилых, т.к. эта патология повышает риск смертности и неблагоприятных исходов соматических заболеваний. Следует иметь в виду, что манифестация депрессии у пожилых существенно отличается от проявлений депрессии у молодых пациентов. Первые чаще отрицают наличие у них пониженного настроения, поскольку, в основном, фиксированы на своих соматических симптомах и жалобах на снижение памяти. Этот контингент больных значительно реже остальных обращается за помощью к психиатрам и объясняет свое состояние нарушениями в соматической сфере.

Не менее 70% престарелых пациентов страдают выраженными в той или иной степени когнитивными нарушениями в виде ухудшения памяти, внимания, восприятия новой информации.

Когнитивный дефицит, таким образом, является неременной характеристикой депрессии и должен приниматься во внимание врачами при выборе терапии. Антидепрессанты, даже обладающие сходной эффективностью, различаются по профилю переносимости и поведенческой токсичности. Некоторые из них еще больше угнетают когнитивную сферу, вызывая повышенную утомляемость, снижение памяти и даже спутанность сознания. Антидепрессанты, обладающие антихолинергическим эффектом, усиливают уже имеющиеся у пожилого пациента когнитивные расстройства, а это, в свою очередь, затрудняет терапию депрессии. В группе антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) флувоксамин обладает наименьшей способностью связывать холинергические рецепторы, а пароксетин - наибольшей. Центральные гистаминовые H1-рецепторы участвуют в регуляции уровня бодрости. Поэтому препараты, отличающиеся высоким сродством к этим рецепторам и антигистаминным эффектом, вызывают седацию. Это, прежде всего, относится к трициклическим антидепрессантам (ТЦА), таким как amitриптилин. В отличие от них антидепрессанты группы СИОЗС обладают низким сродством с H1-рецепторами. Блокада альфа-1-адренорецепторов оказывает влияние на равновесие и координацию движений. ТЦА по сравнению с СИОЗС лучше связываются с альфа-1-адренорецепторами и могут вызвать нарушения равновесия, координации движений, постуральных рефлексов и скорости реакции. У пожилых пациентов, получающих ТЦА, таким образом, повышен риск падений, переломов и связанных с ними нарушений травматического генеза. Что касается препаратов группы СИОЗС, то среди всех антидепрессантов этой группы наименьшим сродством с альфа-1-адренорецепторами обладает флувоксамин. Седация и нарушения координации на фоне ТЦА, излишнее возбуждение, вызываемое сертралином и пароксетином, особенно негативно сказываются на терапии депрессии в пожилом возрасте, в связи с чем нужно назначать препараты, которые обладают наименьшей поведенческой токсичностью. Если ТЦА нарушают способность обработки когнитивной информации, то некоторые препараты группы СИОЗС, в частности, пароксетин и сертралин вызывают возбуждение. Это приводит к таким расстройствам сна, как частые пробуждения, подавление фазы быстрых движений глаз, трудности с засыпанием. Флувоксамин в клинических испытаниях улучшает качество сна, и обладает выраженным противотревожным и успокаивающим эффектом. Антидепрессанты группы СИОЗС являются препаратами выбора для лечения депрессий в пожилом возрасте среди остальных антидепрессантов.

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДИССИМУЛЯТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Орлова А.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

selvadgio@mail.ru

Как известно, параноидная шизофрения один из самых распространенных клинических вариантов расстройств шизофренического спектра, причем общественно опасные деяния совершаются этим контингентом чаще, чем больными с другими формами расстройства, а распознавание болезни нередко запаздывает на 5-10 лет. Поэтому вопрос о своевременности распознавания шизофрении, нередко затрудняемой диссимуляцией, относится к приоритетным в судебно-психиатрической практике. Установлено, что в 50% наблюдений при приступообразном течении заболевания дефект относительно неглубок, что можно считать одной из предпосылок психических ресурсов диссимулятивного поведения. В судебно-психиатрической практике наиболее значимым является клиничко-социальный подход к диссимуляции (личностно-модулированное поведение больного, направленное на сохранение (восстановление) социального статуса здорового человека даже ценой лишения свободы).

Цель исследования: сравнение клиничко-социальных особенности больных параноидной шизофренией с диссимулятивным поведением и без такового.

Материалы и методы. По результатам стационарной судебно-психиатрической экспертизы в период 2014-2015 гг. отобраны 57 лиц мужского пола, 26-53 лет с верифицированным диагнозом «параноидная шизофрения». В 1-й (основной) группе у 30 человек отмечалась диссимуляция, во 2-й группе (сопоставления) ее не было. Методы исследования: клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический («Методика многостороннего исследования личности», MMPI и

др.), клинико-социальный, осуществлявшиеся с помощью интервью и заполнения вопросников, и клинико-математический.

Результаты. Диссимулятивное поведение при параноидной шизофрении отмечалось на разных этапах эндогенного процесса. На раннем этапе преобладала пассивная тотальная диссимуляция. За отказом от контакта, негативизмом преимущественно скрывались спонтанные депрессивные состояния, проявления навязчивостей, ритуалов, страх сойти с ума, снизить уровень жизни, чувство постоянной усталости, сложности сосредоточения. Преобладали рациональное объяснение трудового снижения, распада семьи, бредовых причин постепенного перехода от реального к виртуальному общению, причины употребления алкоголя как фактора облегчения общения.

При длительности шизофренического процесса более 5-7 лет больные чаще скрывали стационарирование в психиатрические учреждения, известный им диагноз шизофрении; наблюдались аутоагрессивные действия, психопатологически обусловленное недоверие к врачам, родственникам, бредовые переживания, связанные с окружающими, обманы восприятия (или сообщали о них в связи с употреблением алкоголя, наркотиков), воздействие колдовством, иным способом.

По мере увеличения длительности шизофренического процесса чаще диссимилировался политематический бред, психологизировались бредовые идеи отношения по типу бреда ущерба в инволюционном периоде, сообщалось об «ошибках прошлого» (симуляции психического заболевания), гротескная декларация психического здоровья при активном убеждении наличия соматических проблем.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Осипчик С.И., Григорьева И.В., Кралько А.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск,

Республика Беларусь

kralko@tut.by

Анализ существующего международного опыта по коррекции и терапии зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ) показывает, что для успешной психосоциальной реабилитации необходимо, кроме решения медицинских и юридических вопросов уже на первых этапах выявлять и решать социальные проблемы пациентов. Это является одним из ключевых факторов успешности проводимой реабилитационной работы.

Эффективность коррекции и терапии зависимости от ПАВ обусловлена интегральным воздействием на все стороны аддиктивного процесса, его психологическую, социальную, биомедицинскую, юридическую, духовную и экономическую составляющие. Для этого необходимо наличие дополнительной профессиональной подготовки по каждому из названных направлений у специалистов, непосредственно работающих с зависимыми от ПАВ. Принятие решений в общем контексте психосоциальной реабилитации должно вырабатываться на основе взаимодействия с экспертами, обладающими соответственным опытом и современной информацией по различным вопросам аддиктивных проблем.

Таким образом, система комплексной психосоциальной реабилитации основывается на принципе мультидисциплинарности, где совместно взаимодействуют врач-психиатр-нарколог, медицинский психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе, социальный работник, что значительно расширяет диапазон проводимой помощи и информационного восполнения знаний и навыков у пациентов с зависимостью от ПАВ.

Основной подход базируется на принципе преемственности периодов и этапов лечебно-реабилитационных мероприятий и подразумевает объективно обоснованный постепенный переход от мероприятий предреабилитационного периода (включающего информационный и мотивационный этапы) к собственно реабилитационному периоду (включающему адаптационный, интеграционный и стабилизационный этапы), далее - к ресоциализационному с 2 фазными этапами и постреабилитационному периоду с включением амбулаторного этапа. На всех периодах происходит поступательный процесс перехода от лечебных воздействий к психокоррекционным и психотерапевтическим, а также к психосоциальным и реинтегративным мероприятиям, последовательно осуществляемым в различных организациях здравоохранения.

В Республике Беларусь большинство лиц, страдающих зависимостью от ПАВ и нуждающихся в психосоциальной реабилитации, относится к группе пациентов в возрасте старше 25 лет, имеющих профессию, трудовой стаж, близких родственников, жилье и не имеющих тяжелого криминального прошлого. Система комплексной реабилитации для указанных лиц важна тем, что может предотвращать личностную деградацию, распад семейных связей и снижение социального статуса пациентов. Проще и дешевле не допустить потерю личностного, социального и профессионального статуса, чем создавать реабилитационные структуры, предусматривающие длительное проживание в них пациентов с профессиональным переобучением и предоставлением или созданием новых рабочих мест.

Внедрение предлагаемого реабилитационного подхода в наркологических учреждениях позволит обеспечить пациентам с зависимостью от ПАВ достаточную по объему и качеству помощь, которая будет оказываться в соответствии с их реабилитационными возможностями. Данный подход, основанный на системе преемственности реабилитационных действий, позволяет существенно повысить эффективность лечения, создать возможности получения клинических ремиссий высокого качества и обеспечить социальную адаптацию пациентов с зависимостью от ПАВ.

СИМУЛЯЦИЯ КАК ФАКТОР ЗАТРУДНЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Осколкова С.Н.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

hallhunt1@gmail.com

Установочные формы поведения всегда являлись актуальным аспектом судебной психиатрии, однако они наиболее интенсивно изучались в 80-90-е годы XX в. В последние десятилетия значимость этой проблемы возросла вследствие патоморфоза психических расстройств с частой атипичностью психотических проявлений, видоизменения форм симулятивного поведения и, соответственно, новых затруднений дифференциальной диагностики. По литературным данным, симулятивная форма поведения чаще встречается в молодом и зрелом возрасте. Частота симуляции зависит от многих факторов - от сроков наказания, отношения общества к психически больным и отбывавшим наказание, а также от нечеткости границ самого явления. Традиционно считается, что симуляция вообще характерна для лиц с истерическими чертами характера, а также при другой дисгармонии личности.

Цель исследования: установление особенностей симулятивного поведения в период судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), для разработки мер совершенствования их распознавания.

Материалы и методы. По результатам стационарной СПЭ в период 2010-2015 гг. для исследования отобраны 48 лиц мужского пола, 23-55 лет с верифицированным заключением о симулятивном поведении. Основными методами исследования были клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический («Сложная дешифровка Н.И. Шабалиной», «Методика многостороннего исследования личности», ММРІ и др.), клиничко-социальный, осуществлявшиеся с помощью интервью и заполнения опросников, и клиничко-статистический.

Результаты. Клинический анализ показал, что примерно 60% от всех случаев составляла симуляция психического расстройства в период СПЭ, около 20% - симуляция анамнеза и столько же их сочетание. Более 2/3 обследованных привлекались к уголовной ответственности не впервые. У 38 подэкспертных (77,9%) было среднее и среднее специальное образование, отражавшее достаточно высокий интеллектуальный уровень, позволявший иметь относительно широкий кругозор. В 37 случаях (76,9%) до привлечения к уголовной ответственности подэкспертные были социально и материально благополучны, в том числе благодаря криминальной деятельности.

У всех обследованных выявлялась осевая клиническая симптоматика – расстройства личности (72,3%) или органическое расстройство личности (27,6%), как биологическая основа симуляции. Феномен симуляции по механизму можно было разделить на несколько подгрупп. 1-я и 2-я группы: симуляция на основе смешения фантазий и имеющихся знаний о психических заболеваниях при учете представлений о сложности установления истинности предъявляемого (жалобы на обманы восприятия, «преследование», плохое отношение окружающих, колдовское воздействие и др.) в период СПЭ и/или в разные периоды жизни (40 подэкспертных, или 71,3%). 3-я группа:

метасимуляция, или смещение болезненных переживаний прошлого (следствия употребления психоактивных веществ, стрессовых ситуаций) на период СПЭ (28,2%). Также симулятивное поведение разделялось на пассивное (выявляемое при интервью или в психологических тестах – 12,8%) и активное – спонтанное (87,1%). Совершенствование дифференциальной диагностики симуляции предполагает использование интегративного психолого-психиатрического анализа информации о подэкспертном с учетом смысловой оценки желательности-нежелательности психиатрического диагноза и факта судимости.

ОСОБЕННОСТИ ВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ПЕДОФИЛИЕЙ

Павлов Г.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
25gruppa@mail.ru

Актуальность исследования определяется частотой случаев затруднений в диагностике педофилии, причиной которых может являться отрицание деликта и, как следствие, отсутствие феноменологии. Лица с аномальным сексуальным поведением в большинстве случаев характеризуются нарушениями половой идентичности с уклоном в сторону фемининного полюса. Следовательно, в речевом поведении лиц с педофилией логично ожидать наличие особенностей, характерных для женского пола.

Цель исследования: выявление особенностей вербального поведения у лиц, совершивших сексуальные правонарушения в отношении несовершеннолетних.

Материалы и методы. Исследовано 18 мужчин, проходивших комплексную сексолого-психиатрическую экспертизу, из них 8 человек с диагнозом «педофилия», 10 человек без диагноза расстройства сексуального предпочтения. Использовали следующие методы: 1) паралингвистический метод – оценка качественных параметров речи: скорость, громкость речи, наличие и длина пауз, характеристики речевых актов; 2) психолингвистический метод – определялись коэффициент Трейгера, коэффициент опредмеченности, коэффициент директивности; 3) психологический метод – оценка полоролевой идентичности и полоролевых стереотипов.

Результаты. У 5 испытуемых с диагнозом педофилии было отмечено незначительное снижение речи (65 с/в-71 с/в), чего не отмечалось у подэкспертных без диагноза. Паузы в речи лиц с педофилией встречаются гораздо чаще (5-6 пауз на 100 слов текста), у испытуемых без диагноза они являются единичными. Заполнение данных пауз в речи в основном включают в себя вдохи, покашливания, нечленораздельные звуки, плач или смех. Речевые акты у лиц с педофилией представлены в основном в виде экспрессивов (извинениями и оправданиями за содеянное), тогда как у испытуемых без диагноза речевые акты в основном в форме ассертивов (последовательного изложения фактов).

В группе с диагнозом педофилии коэффициент Трейгера варьирует от 2,0 до 4,6 (в норме — $1,34 \pm 0,05$), коэффициент опредмеченности действия – от 1,12 до 1,32 (норма — $1,08 \pm 0,04$), что указывает на высокую степень аффективности и рефлексии. Коэффициент директивности у таких лиц находится в пределах от 0,15 до 0,34 (норма — $0,4 \pm 0,03$), что может говорить о наличии элементов дезадаптации, неуверенности и тревоги.

Психологическое исследование выявило у подэкспертных с диагнозом педофилии слабую маскулинность образа «Я», представление о мужчине как о более фемининном и присвоение женщине мужских качеств (инверсию представления о полоролевых стереотипах).

Выявленные у лиц с педофилией снижение громкости и скорости речи, большее количество пауз, преобладание экспрессивов над ассертивами более свойственны для женской речи, что соответствует сдвигу половой идентичности к фемининному полюсу.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ КОМБИНАЦИЕЙ НАЛТРЕКСОНА И ГУАНФАЦИНА

Палаткин В.Я.¹, Блохина Е.А.¹, Кибитов А.О.³, Бродянский В.М.³, Вербицкая Е.В.¹, Гриненко А.Я.¹, Сулимов Г.Ю.³, Крупицкий Е.М.^{1,2}, Звартау Э.Э.¹

¹ГБОУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург,

²ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург,

³ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского», г. Москва

vladimir-palatkin@yandex.ru

Изучение молекулярно-генетических основ предрасположенности к злоупотреблению психоактивных веществ, в частности к опиатам, является приоритетным направлением в области исследований природы и механизмов формирования зависимости. В последние годы были получены данные, позволившие начать разработку методов генодиагностики предрасположенности к злоупотреблению опиатами, генопрофилактики развития наркологических заболеваний в этом направлении, и, как следствие, развития персонифицированного подхода к терапии данного вида зависимости.

Целью исследования являлась оценка влияния полиморфных вариантов генов опиоидной и дофаминовой систем на эффективность противорецидивной терапии зависимости от опиатов комбинацией опиоидного антагониста налтрексона и адrenomиметика гуанфацина в рамках двойного слепого рандомизированного плацебо контролируемого исследования с двойной маскировкой.

Материалы и методы. В исследование был включен 301 пациент с диагнозом зависимости от опиатов после прохождения детоксикации в условиях стационара. Участники были рандомизированы в 4 исследуемые группы: 1-я группа получала 6-месячный курс пероральной формы налтрексона (Н) 50 мг/сут и гуанфацина (Г) 1 мг/сут (Н+Г), 2-я группа получала налтрексон + плацебо (Н+ГП), 3-я группа – плацебо + гуанфацин (НП+Г) и 4-я группа двойное плацебо (НП+ГП). Показателем эффективности терапии было удержание в программе лечения. Пациенты были генотипированы по полиморфным локусам генов: опиоидных рецепторов типов μ (OPRM1) и каппа (OPRK1), дофаминовых рецепторов 2 (DRD2) и 4 (DRD4) подтипов, ферментов катехол-орто-метилтрансферазы (COMT) и дофамин-бета-гидроксилазы (DBH), белка- трансмембранного переносчика дофамина (SLC6A3, DAT1) и альфа-2A-адренорецептора (ADRA2A)- фармакологической мишени гуанфацина.

Результаты. Независимо от вида терапии ряд генетических вариантов повышают риск рецидива болезни зависимости: аллель Т (rs510769) OPRM1 ($p=0,053$), аллель А (rs1799971, A118G) OPRM1 ($p=0,056$), аллель S (количество повторов менее 7) экзон III 48 bp DRD4 VNTR ($p=0,001$; HR=3.1 (ДИ95% 1.57-6.18); сочетания генотипов: DRD4 521 C\T (TT) + DRD2 Nco I(TT), $p=0,026$; DRD4 521 C\T (TT) + DRD2 -141 C (II), $p=0,011$; DRD4 521 C\T (TT) + OPRM1 A118G (rs1799971)(AA), $p=0,011$; DRD2 Nco I(TT)+ ADRA2A (CC), $p=0,012$; DRD2 Nco I(TT) + OPRM1 A118G (rs1799971)(AA), $p=0,02$.

Эффекты, зависящие от вида терапии: 1) только в группе пациентов, получавших налтрексон и гуанфацин (Н+Г), носители генотипа ТТ локуса DRD4 521(rs1800955) достоверно дольше удерживались в программе терапии, чем остальные пациенты (генотипы СС и СТ) (лог-ранк критерий $P=0,002$); только в группе двойного плацебо (НП+ГП) носители аллеля Т локуса rs510769 OPRM1 имели больший риск рецидива зависимости по сравнению с генотипом СС ($p=0,016$) и носители аллеля А локуса rs1799971 (A118G) OPRM1 имели больший риск рецидива по сравнению с генотипом GG ($p=0,008$) (FDR $P<0,0125$).

Таким образом, показано совместное влияние генов дофаминовой и опиоидной систем мозга на эффективность стабилизации ремиссии у больных с зависимостью от опиатов налтрексоном и гуанфацином. По результатам генотипирования возможно выявление высокорезистентных к терапии пациентов, а предварительное проведение генотипирования перед назначением вариантов фармакотерапии может повысить эффективность лечения зависимости от опиатов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ СЕКСУАЛЬНЫХ И СУПРУЖЕСКИХ ДИСГАРМОНИЯХ.

Панюкова И.А., Федина Г. А.

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», г. Москва,

ПАО «Фармстандарт», г. Москва

panukova_irina@mail.ru, dr-fedin@mail.ru

Дисгармоничные сексуальные отношения представляют собой континуум, на одном из полюсов которого расположены клинически очерченные расстройства, классифицируемые в МКБ-10, а на другом различные варианты состояний, прямо или косвенно связанные с сексуальной дисгармонией, однако не рассматриваемые традиционно в рамках данной классификации и медицины в целом. Очевидно, что людей без выраженной сексуальной патологии, однако испытывающих затруднения в сексуальных отношениях, больше, чем пациентов с собственно сексуальными расстройствами. Сексуальные дисгармонии становятся причиной распада семей, снижения рождаемости, неустроенной личной жизни, вызывают депрессии, невротические расстройства и расстройства адаптации, являются фактором риска суицидального поведения. «Препаратом выбора» при оказании помощи пациентам с функционально-психогенными сексуальными расстройствами и сексуальными дисгармониями является психологическое консультирование – метод помощи людям, не имеющим клинических нарушений, но испытывающим трудности в повседневной жизни, в том числе трудности в сексуальных и партнерских отношениях. Цель консультирования – помочь клиентам правильно понять происходящее в их жизненном пространстве и осмысленно достичь поставленной цели на основе осознанного, информированного и ответственного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера.

Психологическое консультирование может быть использовано при: трудностях в установлении и поддержании отношений с противоположным полом; сексуальной дезадаптацией, связанной с характерологическими особенностями и дисгармониями психосексуального развития; функциональных сексуальных расстройствах, связанных с дезадаптивными сексуальными стратегиями или разными типами сексуальной культуры партнеров; сексуальных расстройствах, связанных с мифами массового сознания, и мнимых сексуальных расстройствах; консультировании по вопросам укрепления сексуального здоровья и долголетия, улучшения качества сексуальной жизни супружеской пары; кризисные ситуации (осложненный развод, нарушение верности и пр.).

Психологическое консультирование:

1. Позволяет депатологизировать ситуацию, поскольку ориентировано на здоровые стороны личности, сместить фокус внимания с ограничений на расширение возможностей и рассмотрение альтернатив.

3. Краткосрочно и ориентировано на решение проблемы.

4. Клиент может быть уверен, что все не ограничится приговором «простатит» или «шизофрения».

5. Ориентировано на здоровые стороны личности, развитие, самостоятельность, принятие ответственности, что особенно важно при задержках психосексуального развития, инфантильности, расстройствах личности и психических заболеваниях.

6. Ориентировано на выявление и активизацию внутренних ресурсов и устранение факторов, мешающих их использованию, вследствие этого уникально и экологично.

7. Доступно, так как может быть проведено по телефону или скайп.

8. Может быть отдельным видом помощи, но и совместимо с любыми видами терапии, а так же может быть мотивирующей преамбулой к ней

9. Способствует созданию здорового психологического климата в жизни, благоприятного для развития и реализации потенциала клиента.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В РОССИИ

Парамонов А.А., Богданов А.Б., Амосов В.А.

ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница»,
ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университета» Минздрава России,
г. Архангельск
aparamonovarh@mail.ru

Исторически в России применялись различные правовые нормы, регулирующие производство и потребление алкогольных напитков. Первоначально они касались отдельных категорий граждан, однако с ростом производства вводились все более жесткие меры антиалкогольной политики (АП). Отмечалось их постепенное нарастание, как на федеральном, так и на региональном уровне. Основные меры АП регламентируются ФЗ № 171 от 22.11.1995 г. «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции», который на региональном уровне регулирует ограничение продажи, как по времени (в вечернее и ночное время, в дни культурных мероприятий и праздников), так и по месту (на территории общественных заведений и в местах проведения общественных мероприятий). На федеральном уровне можно отметить влияние ст. 21 ФЗ от 13.03.2006 № 38 "О рекламе", где с 2008 г. была запрещена наружная реклама алкоголя, а также во всех средствах массовой информации и интернете, а в 2011 г. - полностью запрещена реклама на всей территории страны в любом виде; были ужесточены ответственность граждан и юридических лиц за продажу ее несовершеннолетним.

Тем не менее, несмотря на законодательный запрет, согласно результатам исследования употребления психоактивных веществ, среди учащихся в возрасте 15-16 лет в Северо-Западном Федеральном округе РФ более трети подростков (38,7%) все же приобретали в магазинах алкогольные напитки для своего собственного потребления, хотя бы один раз за предшествующие опросу 30 дней.

Однако, в соответствии с ФЗ от 31.12.2014 № 490 были введены некоторые послабления в рамках рекламы алкогольной продукции: разрешена реклама пива и напитков, изготавливаемых на основе пива, а также вина и игристого вина (шампанского), произведенных на территории Российской Федерации, допускается реклама пива во время спортивных соревнований, как при телетрансляции, так и непосредственно на стадионах, а также с 23 до 7 час. в рекламных роликах. Таким образом, под запретом остаются только импортные и крепкие алкогольные напитки.

Однако причины приобщения к алкоголю лежат не только в сфере его производства, а больше всего - человеческих отношений, конкретных жизненных условиях и духовной жизни. Потребление алкоголя неразрывно связано с удовлетворением определенных потребностей, культурой быта, условиями и образом жизни, а также психолого-педагогическим сопровождением антиалкогольной профилактической работы с молодежью.

Таким образом, только сознательные трезвенные убеждения создают человеку надежный заслон от любой формы зависимости, позволяют быстрее замечать начинающиеся опасные изменения, делают его более устойчивым к патологическим зависимостям при любых внешних условиях и обстоятельствах, что и делает основы алкогольной политики реальным инструментом профилактической работы, для которых необходимы серьезные определения приоритетов, после которых возможно выстроить реальную действующую антиалкогольную политику.

СКРИНИНГ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Парпара М.А.¹, Бобров А.Е.¹, Старостина Е.Г.²

¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
maria.parpapa@yandex.ru ; bobrov2004@yandex.ru

² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва
elena.starostina59@yandex.ru

Распространенность соматоформных расстройств у пациентов медицинских учреждений составляет 16-20%. Течение этих расстройств обычно приобретает затяжной и рецидивирующий характер, а пациенты не находят адекватной помощи и понимания со стороны врачей, что

обуславливает необходимость рутинного применения в общемедицинской практике простых и надежных психометрических инструментов для раннего выявления соматоформных расстройств.

Цель исследования: апробация 15-пунктного Опросника состояния здоровья для больных Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15) и Шкалы соматосенсорной амплификации Somatosensory Amplification Scale (SAS) для скрининга соматоформных расстройств.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе психиатрического стационара (48 чел.) и соматического отделения клинической больницы (46 чел.). Клиническая квалификация состояния больных осуществлялась на основании критериев МКБ-10. Критерии исключения - шизофрения параноидная, шизоаффективные расстройства, бредовые варианты ипохондрии.

Все пациенты тестировались с помощью Методики многостороннего исследования личности (ММИЛ) (Ф.Б. Березин и соавт), шкалы SAS (A.J. Barsky et al.), опросника PHQ-15 (K. Kroenke et al.).

Результаты. Было обследовано 94 пациента (57 женщин и 37 мужчин), средний возраст – $46,03 \pm 15,3$ лет) с различными ипоходрическими состояниями: в рамках шизотипического расстройства - 19 чел, тревожно-фобических расстройств- 29 чел, соматоформных расстройств - 8 чел, депрессивного спектра расстройств - 16 чел, органических аффективных расстройств - 16 чел, личностных расстройств - 6 чел. При обработке данных при помощи статических методов получены положительные корреляции суммарных баллов по опросникам PHQ-15 и SAS с 1 шкалой (шкала ипохондрии) достоверных по ММИЛ профилям (N=77) ($p < 0,05$; α Кронбаха PHQ-15=0,699; α Кронбаха SAS = 0,678).

Полученные данные свидетельствуют о возможности использования шкалы SAS и опросника PHQ-15 для первичного скрининга соматоформных расстройств во врачебной практике.

КОГНИТИВНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

Парфенова Д.А.¹, Портнова А.Г.²

¹ГБУ СОН «Комплексный центр социального обслуживания населения» Калининского района,
г. Санкт-Петербург,

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

parfenova-d@mail.ru, Alla.Portnova@szgmu.ru

Изменения российского общества определяют высокий уровень требований к активности личности, к её способности организовывать себя и свою деятельность, проявлять инициативу и ответственность, своевременно и адекватно условиям решать практические и теоретические задачи в различных сферах жизни.

В современной психологии поздние этапы онтогенеза рассматриваются как периоды активной профессиональной, семейной и творческой жизни. Активному долголетию пожилого человека способствует развитие его как социально активной личности, как субъекта трудовой и творческой деятельности. Сознательная саморегуляция своего образа жизни и жизнедеятельности предполагает сохранность личности в целом, ее познавательных процессов. При этом, нормативно, пожилой возраст характеризуется гетерохронным снижением познавательных функций. Текущий интеллект, отвечающий за обработку информации, снижается, а кристаллический интеллект более сохранен. Для эффективного общения и принятия опыта (что является главной возрастной задачей в старости), необходимы как личностные, так и интеллектуальные способности.

В исследовании, проведенном в центре социального обслуживания, приняли участие 28 женщин 60-79 лет, средний возраст 70 лет, посещающие занятия по тренировке познавательных процессов. Методики: диагностика памяти (10 слов А.Р. Лурии); диагностика внимания (субтест «шифровка» теста Векслера); диагностика параметров интеллекта (субтесты «классификация» и «анalogии» теста структуры интеллекта Р. Амтхауэра). В результате исследования определены средние показатели памяти: первое воспроизведение 8 слов, второе – 9 слов, отсроченное – 8 слов, что не отличается от показателей нормы. Показатели внимания: $44,3 \pm 10,5$, что соответствует средним показателям. Показатели субтестов «анalogии» и «классификация» несколько ниже среднего – около 40 %. Корреляционный анализ выявил связь показателя возраста с параметрами внимания ($p \leq 0,05$) и отсроченного воспроизведения ($p \leq 0,05$). То есть, с возрастом достоверно снижаются внимание и память, а показатели мышления относительно стабильны в позднем возрасте.

Данные, полученные у пожилых людей, были сопоставлены с результатами испытуемых ранней взрослости. Пожилые люди хуже определяют особенность взаимосвязи параметров, им сложнее транслировать выявленную связь на другие понятия (субтест «аналогии»). Однако, на уровне тенденции, пожилые люди лучше обобщают слова (выше показатели по «классификации»), вероятно, это связано с хорошо сформировавшимся категориально-понятийным аппаратом.

Вербальный кристаллический интеллект, ментальный опыт может помогать в качестве ресурса обобщения жизненного опыта в пожилом возрасте. Успешное старение, позволяющее обеспечить активное долголетие, предполагает приложение усилий к совладанию с ограничениями, присущими нормальному процессу старения.

Психолог социального центра в своей повседневной работе, с учетом, как возрастных потерь, так и приобретений человека в позднем возрасте, способен оценить и актуализировать его индивидуальные ресурсы активного долголетия и личностного роста, ведущего к личностной зрелости в старости.

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ НОРМЫ В СИСТЕМЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Паршина К.В., Тарханов В.С.

ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань

doctor1984_84_84@mail.ru

Психические заболевания являются одной из важных социальных, экономических, культурных и медицинских проблем в современной России. В связи с этим в новых социально-экономических условиях особое место отводится необходимости совершенствования правового регулирования социальной защиты лиц, в том числе и психически больных. В условиях «современного мира» существенно возрастает потребность населения в социальной защите, законодательно обоснованной, требуется дифференциация социально-правовой защиты.

Целью исследования является теоретическое обоснование определяющей роли знания и выполнения в психиатрической помощи социально-правовых аспектов, в осуществлении защиты лиц, страдающих психическими расстройствами. Важным направлением в решении этой задачи является осуществление мер социально-правовой защиты лиц, страдающих психическими расстройствами.

Психическая болезнь, меняя модель взаимосвязи человека с его социальным окружением, непреодолимо сказывается на его способности вести «нормальный образ жизни». Уход в мир своих переживаний, переоценка обыденных обстоятельств, повышенная зависимость от окружающих и, как следствие, наибольшая уязвимость в современном социуме, - все это создает множество ситуаций, в которых общество и государство обязаны взять на себя социальную поддержку и правовую защиту лиц, страдающих психическими расстройствами. В нашей стране в большей мере, чем в других странах, больные с психическими заболеваниями воспринимаются обществом как некая маргинальная часть населения. Социальное положение и правовая «незащищенность» психически больных людей осложнено экономическими, социальными, социокультурными и другими обстоятельствами. При обсуждении вопроса о защите лиц с психическими расстройствами, прежде всего, необходимо отметить специфичность данной патологии и, как следствие этого, возникновение ряда серьезных проблем, с которыми лицо, страдающее психическим расстройством, не в состоянии справиться самостоятельно. Достаточно отчетливо выявляется ухудшение трудового статуса (инвалидизация, занятие неквалифицированным трудом, потеря работы и безработица; ухудшение материального положения и социально-бытовых условий), изоляция от общества и близких; наблюдаются нарушения прав больного. Большая часть лиц, страдающих психическими расстройствами, испытывает пренебрежение по отношению к ним со стороны окружающих. Кроме того, имеет место объективная ограниченность возможностей лиц, страдающих психическими расстройствами.

Выясняется, что наличие того или иного закона отнюдь не является гарантией его реального исполнения. Процесс реализации лицами с психическими расстройствами (или их представителями) своих прав наталкивается зачастую на непреодолимые препятствия. Многие причины являются отражением состояния законности в целом. Причины медленного исполнения норм в сфере прав лиц с психическими расстройствами имеют и свою специфику.

Основной элемент выполнения социально-правовой защиты лиц, страдающих психическими

расстройствами, является психиатрическая помощь, которая должна развиваться с учетом множества требований и норм.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ СРЕДСТВ ДОСТУПА К НЕМУ

Пережогин Л.О.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
drlev.ru@yandex.ru

В последние годы зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных средств доступа к нему рассматривается большинством специалистов как клиническая реальность. Однако для данного клинического феномена, описанного более 20 лет назад, до настоящего времени не сформулированы критерии диагностики и нет соответствующих диагностических рубрик в МКБ-10 (и в проекте МКБ-11) и DSM-V. Это обстоятельство затрудняет организацию помощи зависимым, большинство из которых – несовершеннолетние, и которые, помимо всего прочего, обнаруживают высокий риск суицидального поведения.

На основе анализа данных 110 несовершеннолетних в возрасте от 9 до 17 лет (56 юношей и 54 девушки), обратившихся за психотерапевтической помощью в связи с различными аномальными состояниями и обнаруживавшими признаки зависимого от интернета поведения, включая явления абстиненции, установлено следующее:

1. Процесс сетевой активности, независимо от ее характера, сопровождался рядом характерных феноменов, которые в совокупности можно описать, как «опьянение», проявлявшееся на ранних стадиях эйфорией, моторным возбуждением, ажитацией, а в дальнейшем – нарастанием моторных автоматизмов, с элементами дереализации и деперсонализации, включая метаморфозии и аутометаморфозии, субъективные ощущения изменения формы и длины рук, изменение субъективного чувства течения времени. Через несколько часов сетевой активности возникала заторможенность, ее сменял физиологический сон.

2. Для подростков было характерно выраженное влечение к компьютеру и мобильным устройствам, обеспечивающим доступ в сеть, которое могло носить постоянный или ундулирующий характер.

3. Отмечались признаки, соответствующие клиническим критериям утраты количественного контроля, в частности – субъективная трудность прекращения работы с сетью или устройством, сверхактивность в процессе работы.

4. Отмечались абстинентные явления, включая тревогу, ажитацию, вегетативные реакции, эпизоды возбуждения с агрессивным и аутоагрессивным поведением, сменявшиеся вялостью, сонливостью, медленным снижением остроты влечения; у детей с психическими расстройствами абстиненция могла протекать в форме отчетливых депрессивных эпизодов и острых аффективных реакций.

5. Наблюдалось своеобразное «повышение толерантности» в виде роста времени, проведенного в сети, использования множества окон и нескольких устройств одновременно, с применением нескольких крайне далеких от реального виртуальных образов (феномен метаперсонификации).

6. Отмечалось резкое сужение круга интересов, уход от контактов с референтной группой сверстников, перенос в сетевое пространство хобби и творчества, и даже – витальных функций (сексуальная сетевая активность); критическое отношение к своему состоянию и характеру своих действий носило формальный характер или полностью отсутствовало.

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных средств доступа к нему обнаруживает все критерии синдрома зависимости (F1x.2 по МКБ-10), включая синдром отмены (F1x.3 по МКБ-10), а описанные феномены могут быть положены в основу ее клинической диагностики.

ЭТИКА САМОУБИЙСТВ И ЭФТАНАЗИИ В ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Перехов А.Я.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону
perekhov_a@mail.ru

От других клинических проблем, связанных с вопросами этики, склонность к самоубийству отличается несколько важных аспектов. Во-первых, большинство психиатрических затруднений нередко обуславливается принятием необходимых мер для достижения конечного результата, единого для врача и пациента, в то время как самоубийство предполагает конечную цель, в отношении которой мнение пациента и врача (психолога) диаметрально противоположны. Во-вторых, конфликт между моральными ценностями психиатра или психолога и целями пациента носит более глубокий характер, чем просто несогласие по частным и случайным вопросам. В-третьих, в таких ситуациях специалистам трудно избавиться от ощущения насилия или угрозы, поскольку сама проблема самоубийства озадачивает с точки зрения логики и этики. Уверенность в очевидности ценности жизни подвергается еще большему сомнению ввиду относительной невозможности предотвратить суицид. Имеющиеся данные свидетельствуют: независимо от того, какие усилия предпринимают психиатры, психотерапевты, психологи, количество самоубийств остается сравнительно неизменным. Психиатрия и клиническая психология пока еще не могут предотвращать суициды более успешно, чем это делают специалисты по вопросам морали, священнослужители или правоведа. В-четвертых, имеют данные, что уровень самоубийств среди специалистов, оказывающих психолого-психиатрическую помощь значительно выше, чем среди других категорий населения. Повышенная склонность к этому со стороны психиатров и психологов ставит их в невыгодное положение при лечении пациентов с суицидальными наклонностями в связи с ограниченными возможностями сохранять беспристрастность. Для психиатра и психолога этика работы со склонными к самоубийству людьми основывается на моральной оправданности и допустимых границах вмешательства. Это положение включает в себя как меры общего характера, направленные на предотвращение самоубийств, так и меры по спасению жизни человека, который уже предпринимал попытки покончить с собой. Необратимость отказа от вмешательства возлагает на психиатра и психолога тяжелую ношу моральной ответственности. Наоборот, решение о вмешательстве может всегда быть изменено, если потом окажется, что оно принято ошибочно. Правда, в этом случае может возникнуть противоречие между моральными постулатами и правовыми положениями, когда для оказания помощи самоубийцам в кризисной ситуации искусственно выставляется диагноз психического расстройства, хотя его состояние определяется только актуальными резко выраженными психологическими состояниями. Ведущим этическим положением в работе с самоубийцами является следующее: лучше допустить ошибку, спасая жизнь, чем позволить ей уйти.

Этические аспекты эфтаназии еще более сложны. Не вызывает сомнений, что психолого-психотерапевтическая и социальная помощь может изменить психическое состояние человека, полностью парализованного, обезображенного, помочь ему обрести смысл жизни даже в этой ситуации. Сильнейшие психотропные обезболивающие вещества, назначенные врачами, могут снять любую мучительную боль, толкающую человека к самоубийству. Но обществу, даже самому демократичному, часто выгодно не тратить силы и средства на квалифицированную психолого-психиатрическую службу или на контроль распределения тяжелого наркотика. Исходя из общих аспектов психиатрической этики, на X конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в Мадриде (1996) было принято специальное постановление по вопросам эфтаназии, в котором указывается, что ВПА и национальные ассоциации не должны поддерживать эфтаназии на уровне принятия законодательных решений.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Пермякова О.А., Махмудова А.А., Лактионова Е.А.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа
permyakova_olga@mail.ru

В последние годы проблема эмоционального выгорания медицинских работников стала привлекать все большее внимание. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) может приводить к серьезным медицинским (развитие депрессии, зависимость от психоактивных веществ) и социальным последствиям (снижение качества работы, уход из специальности, рост числа профессиональных ошибок). Актуальным является выявление структуры, причин возникновения СЭВ и путей оптимизации профессиональной деятельности медицинских работников для успешной профилактической работы с этим контингентом.

Проведено исследование врачей одной из клиник г. Уфы с целью выявления синдрома эмоционального выгорания и факторов его формирования. Использовали опросник К. Маслач и С. Джексона (МВІ), адаптированный Н. Водопьяновой и Е. Старченковой, и составленную нами анкету, включающую 15 вопросов. Исследование было сплошным, анонимным. Протестировано 100 человек (60 женщин и 40 мужчин), средний возраст испытуемых составил 41,7 лет. Статистический анализ данных осуществлялся по статистическим методам описательной и индуктивной статистики.

Средний балл по шкале «эмоциональное истощение» составил 16,21 баллов (разброс от 4 до 33), по шкале «деперсонализация» - 11,55 баллов (разброс от 0 до 29), по шкале «редукция профессионализма» - 21,2 балла (разброс от 11 до 41). Высокий уровень (более 25 баллов) по шкале «эмоциональное истощение» выявлен у 13%, средний (16-24 балла) у 37% и низкий (0-15 баллов) у 50% врачей. По шкале «деперсонализация» высокий уровень (11 и больше баллов) у 49%, средний (6-10 баллов) у 34% и низкий (0-5 баллов) у 17% опрошенных. По шкале «редукция профессионализма» высокий уровень (30 и меньше баллов) у 25%, средний (31-36 баллов) у 74% и низкий (37 и больше баллов) у 1% врачей. У 3% респондентов отмечался высокий уровень показателей по всем трем шкалам. У мужчин средний показатель «эмоционального истощения» составил 14,1 балла (низкий уровень), у женщин 17,1 (средний), «деперсонализация» соответственно 12,1 и 11,2 балла (высокий уровень). Более высокий уровень СЭВ у женщин может быть связан с большей вовлеченностью и эмпатичностью женщин. У врачей стационара и поликлиники показатели существенно не отличались. Выше показатель «эмоционального истощения» у врачей со стажем от 20 до 30 лет, «деперсонализация» - со стажем до 5 лет. У работающих на 1,5 ставки выше показатель по шкале «деперсонализация» (13,35 балла) по сравнению с теми, кто работает на 1 ставку (10,92 балла), другие показатели не отличаются. Не выявлено существенного различия показателей шкал СЭВ в зависимости от физической активности, способах проведения отпуска и свободного времени.

Таким образом, проведенное исследование выявило высокую распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей городской больницы. Однако сложный характер этого синдрома, многообразие его проявлений и причин требует дальнейшего исследования этой проблемы, поиска факторов, его усугубляющих или, напротив, помогающих адаптации личности врача.

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

Петракова А.В., Хрящев А.В., Ягупова Н.Х.

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань
petrakova.astrakhan@mail.ru

Процедура недобровольной госпитализации является одной из сложноразрешимых проблем психиатрии в связи с отсутствием комплексного подхода к рассмотрению. Оказание своевременной специализированной помощи в случае выявления тяжелого психического расстройства в рамках недобровольной госпитализации, несмотря на изменения в законодательстве в области психиатрии, продолжает вызывать определенные трудности.

Целью исследования являлось определение динамики психических расстройств с использованием Шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS) у пациентов при недобровольной госпитализации в течение первой недели. Оценка синдромов проводилась в первый и седьмой день госпитализации.

Рассмотрены случаи недобровольной госпитализации в ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» по решению суда в 2015 г. Количество пациентов составило 16 человек, соотношение мужчин и женщин 62,5% и 37,5%; средний возраст $52,1 \pm 17,3$. В контрольную группу вошли 23 пациента, которые были направлены в стационар в недобровольном порядке, но при поступлении дали информированное добровольное согласие на госпитализацию и лечение. Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психодиагностический, статистические (описательная статистика, критерий t Стьюдента).

Недобровольная госпитализация в 81,2% случаев была обусловлена пунктом «а» или пунктами «а» и «в» ст. 29 Закона РФ № 3185-1. В соответствии с критериями пункта «в» госпитализированы 12,5%. Основания, указанные в пунктах «б» и «в», служили поводом для недобровольной госпитализации в 6,3%. В контрольной группе доля госпитализированных согласно пункту «а» составила 54,2%, пункту «в» - 45,8%.

Среди недобровольно госпитализированных 62,5% составили пациенты с параноидной шизофренией (в контрольной группе 45,8%); 25% - органические психические расстройства (16,7%); 12,5% - острые и транзиторные психотические расстройства. У всех пациентов при поступлении наблюдалось острое психотическое состояние, средняя сумма баллов по шкале PANSS составила $103,8 \pm 9,3$, по подшкале общих психопатологических симптомов - $48,4 \pm 6,2$, по подшкале позитивных симптомов - $38,4 \pm 5,4$, по подшкале негативных симптомов - $16,9 \pm 3,2$. У пациентов основной группы при наличии возбуждения, агрессии, выявлялись составляющие синдрома Кандинского-Клерамбо, нелепые идеи величия, в том числе на фоне органического поражения головного мозга.

К концу первой недели выраженность позитивных симптомов уменьшилась на 14,7% (за счет седации нивелировались импульсивность, враждебность, подозрительность, возбуждение), а выраженность негативных симптомов существенно не изменилась. В контрольной группе уменьшение проявлений позитивных симптомов было значительно выше (29,3%) в связи с назначением антипсихотической фармакотерапии с первого дня госпитализации.

Результаты исследования показывают, что ранняя диагностика и своевременно начатое лечение ведут к редукции продуктивной симптоматики уже в течение первой недели, что предопределяет успешную реабилитацию и реадaptацию в последующем. В связи с этим первоочередной задачей является принятие судебного решения о недобровольной госпитализации в наиболее ранние сроки.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ Г. ИРКУТСКА

Петров А.А., Нелаев М.В., Нелаева И.А.

АНО «Иркутский научно-практический центр медицинской и социальной реабилитации населения»,
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Иркутск
neiro-fatum-master-pro@mail.ru

Интернет-зависимость – относительно новый и крайне острый феномен современной аддиктологии. Данное расстройство приобретает особую значимость среди подростков, поскольку они переживают значительные физические, психологические изменения и испытывают дефицит саморегулирования. Несмотря на вышесказанное, в настоящее время в России имеется ограниченное число работ, посвященных изучению эпидемиологических и клинико-социальных аспектов интернет-аддикции

Цель исследования: определить распространенность интернет-зависимости и зависимости от компьютерных игр среди учащихся учебных заведений г. Иркутска; выявить средовые социальные факторы, способствующие развитию интернет-зависимости; оценить влияние личностных predisпозиций на формирование интернет-зависимости

Материалы и методы. В рамках исследования проанкетировано 484 учащихся (из них 262 (54,1%) юноши и 222 (45,9%) девушки) образовательных учреждений среднего общего, среднего профессионального и высшего профессионального образования г. Иркутска. Возраст респондентов

варьировал от 11 до 26 лет (средний возраст $16,0 \pm 2,2$ лет). Комплект рабочих методик составили: оригинальная анкета участника исследования, шкала интернет-зависимости Чена (шкала CIAS), тест для скрининга зависимости от компьютерных игр «Internet Gaming Disorder – 20 Test» (IGD-20Test), опросник «Мини-мульти» (MMPI). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программного пакета StatSoft Statistica v.10 с использованием Критерия Хи-квадрат Пирсона и описательной статистики.

Результаты. По данным шкалы CIAS устойчивый паттерн интернет - зависимого поведения был отмечен у 48 (9,9%) учащихся. По тесту «IGD-20Test» зависимость исключительно от компьютерных игр была установлена у 3 (0,6%) респондентов. В большинстве случаев (42 чел., 87,5%) респонденты проявляли зависимость от интернета поведение находясь в социальных сетях. Паттерн зависимости достоверно сочетался ($p < 0,005$) с конфликтными отношениями в системах «ребенок-родитель» (41,7%) и «родитель-родитель» (37,5%), а также с фактом неполной семьи ($p < 0,0001$). Кроме того, интернет-зависимость тесно была сопряжена с тенденциями суицидального плана (16 чел., 33,3%). Лица с интернет-зависимостью достоверно чаще ($p < 0,05$) подвергались физическому наказанию со стороны родителей и имели приводы в полицию по сравнению с остальными респондентами. Личностная структура аддиктов чаще представлена ($p < 0,05$) ипохондрическим (16%) и шизоидным (25%) радикалами.

Интернет-зависимость – распространенная нехимическая аддикция, проблема которой представляет чрезвычайную важность среди молодежи, поскольку последняя является бесспорным стратегическим ресурсом государства. Представляется крайне необходимым дальнейшее изучение этого клинко-психопатологического феномена с позиции отечественной психиатрической школы и концепции доказательной медицины, подразумевающих наличие предельно четкой клинко-динамической модели и эффективных методов лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Петрова Н.Н., Воинкова Е.Е.

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург

petrova_nn@mail.ru

Выделение когнитивных расстройств в качестве третьей группы стержневых симптомов шизофрении связано с их большим значением для решения реабилитационных задач. Существует мнение, что нейрокогнитивный и социально-когнитивный дефицит оказывает на ухудшение социального функционирования больных шизофренией большее влияние, чем продуктивная и даже негативная симптоматика. В настоящее время распространено представление о стадийности когнитивного дефицита у больных шизофренией: когнитивные нарушения присутствуют уже в преморбиде, усиливаются перед манифестацией психоза, нарастают в течение первых пяти лет заболевания, а в дальнейшем прогрессируют в меньшей степени по мере стабилизации заболевания. Таким образом, пациенты, переносящие первый психотический эпизод, представляют собой целевую группу для проведения мероприятий, направленных на поддержание когнитивных функций.

Целью исследования явился сравнительный анализ особенностей нейрокогнитивного функционирования у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом, получавших терапию антипсихотиками первого и второго поколений.

Материалы и методы. На этапе стационарного лечения обследованы 56 больных шизофренией. Продолжительность заболевания в среднем составила $2,7 \pm 0,6$ лет, количество перенесенных приступов не превышало трех. Пациенты составили две равные группы сравнения. Пациентам первой группы проводилась терапия с использованием атипичных антипсихотиков (оланзапин и арипипразол). Пациенты II группы получали антипсихотики первого поколения (галоперидол, клопиксол). Группы были сопоставимы по демографическим характеристикам, уровню образования. Исходно тяжесть психического состояния больных в группах сравнения достоверно не различалась и соответствовала средне тяжелой выраженности симптомов шизофрении. На момент исследования когнитивных функций с использованием «Краткой шкалы оценки когниции при шизофрении» (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS) больные находились на этапе становления клинической ремиссии (суммарный балл по PANSS в I группе — $58,2 \pm 6,5$ балла, во II

группе — 63,3±5,5 балла). Обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ Statistica for Windows version 8.0.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии существенных (умеренно или сильно выраженных) нейрокognитивных расстройств у пациентов с первым психотическим эпизодом. Наиболее выражены нарушения рабочей памяти, внимания и скорости обработки информации, семантической системы. В меньшей степени страдали исполнительские функции и способность к планированию.

Выявлены преимущества терапии антипсихотиками второго поколения в отношении влияния на когнитивные расстройства. Пациенты, получавшие атипичные антипсихотики, справлялись с заданиями на проблемно-решающее поведение так же успешно, как и здоровые люди, в то время, как в группе пациентов, получавших лечение традиционными нейролептиками, отмечались легкие нарушения. Ухудшение моторных навыков и снижение скорости обработки информации также было в меньшей степени выражено у пациентов, принимавших антипсихотики второго поколения.

ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА: ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ

Петрунько О.В.

ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования»

Минздрава России, г. Иркутск,

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области» Министерства труда и социальной защиты России, г. Иркутск

petrounko@mail.ru

Согласно данным глобального бремени заболеваний в 2010 г. депрессивные расстройства занимали 2-е место в нозологической структуре причин стойкой утраты трудоспособности в мире, что подчеркивает важность разработки и внедрения клинически и экономически обоснованных лечебных и реабилитационных методов для снижения бремени данной патологии.

Цель работы: оценить потребность инвалидов вследствие депрессивного расстройства в реабилитационных мероприятиях.

Материалы и методы. Сплошным методом проанализирована база данных автоматизированной информационной системы медико-социальной экспертизы по мероприятиям, рекомендованным в индивидуальных программах реабилитации инвалида (ИПР) освидетельствованным в 2013 г. в Главном бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области гражданам – большим депрессивными расстройствами, включенными в МКБ-10 в рубрику F32 «Депрессивный эпизод», F33 «Рекуррентное депрессивное расстройство». Рассчитывались показатели потребности в отдельных видах реабилитации в процентах от числа освидетельствованных.

Результаты. В 2013 г. в бюро медико-социальной экспертизы - филиалах ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» были разработаны ИПР 119 инвалидам вследствие депрессивного расстройства. 24 человека (20,2%) из них было признано инвалидами впервые, 95 (79,8%) – повторно. Среди инвалидов вследствие депрессивного расстройства преобладали женщины (98 человек - 82,4%), уровень инвалидности у них был в 4 раза больше (0,08), чем у мужчин (0,02 на 1000 населения). Подавляющее большинство инвалидов (96 человек - 80,7%) были лицами трудоспособного возраста, однако из них работали только 10 человек (10,4%). Доля инвалидов третьей группы составила только 21%, преобладали инвалиды второй группы (78,2%), наиболее тяжелая первая группа инвалидности была установлена в 0,8% случаев.

Рекомендации о необходимости медицинской реабилитации с использованием медикаментозной терапии были даны всем инвалидам. Однако нуждаемость в санаторно-курортном лечении не была определена по инвалидизирующему заболеванию никому. Нуждаемость в профессиональной реабилитации была установлена у 63 из 96 (65,6%) инвалидов трудоспособного возраста, в том числе в профессиональной ориентации – у 30 (31,3%), профессиональном обучении и переобучении – только у 1, содействии в трудоустройстве – у 32 (33,3%), причем в обычных производственных условиях – у 8, а на специально созданное рабочее место – у 24. Потребность в адаптации на рабочем месте определена у 12 инвалидов. Нуждаемость в социальной реабилитации установлена только 28 инвалидам (23,5%), причем всем – в социально-средовой, 22 из них еще – в

социально-психологической, тогда как в социо-культурной реабилитации – только 9, в социальной адаптации – также 9. Физкультурно-оздоровительные мероприятия и занятия спортом были рекомендованы только 1 инвалиду, хотя данный вид реабилитации эффективен с высоким уровнем доказательности.

Таким образом, инвалиды вследствие депрессивного расстройства нуждаются в комплексной реабилитации, включающей наряду с медицинской также профессиональную, социально-психологическую, социо-культурную, а также физкультурно-оздоровительные мероприятия.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД (МЕДИЦИНСКИЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ, СОЦИАЛЬНЫЙ) К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Погосов А.В., Богушевская Ю.В.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск
yuliyabogushevskaya@yandex.ru

Изучению вариантов динамики соматизированных расстройств (F 45.1) в специальной литературе посвящено небольшое число публикаций. Настоящее исследование основывалось на теоретических принципах интегративной «биопсихосоциальной» модели психических заболеваний, которая подразумевала комплексный подход (с учетом биологических, психологических и социальных) условий возникновения психических заболеваний.

Целью исследования являлось изучение клинико-динамических особенностей соматизированных расстройств (СР) и разработка комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий для больных с непрерывным вариантом их течения.

Результаты. Проведено клинико-психопатологическое, клинико-динамическое, психологическое и терапевтическое исследование больных СР. Их диагностика отвечала требованиям, предложенным современными систематиками. Клинико-динамический анализ 80 больных позволил выделить два динамических варианта течения СР: периодический и непрерывный. Периодический вариант наблюдался у 57 больных (71,25%), характеризовался чередованием состояний, отвечающих критериям соматизированного расстройства, с периодами свободными от симптомов заболевания. У остальных 23 человек (28,75%) СР протекало непрерывно. Непрерывно текущий вариант, наряду с соматизированными симптомами, был представлен патохарактерологическими расстройствами, что дало основание рассматривать его в ряду невротических развитий личности в качестве самостоятельной разновидности. Соматизированное развитие личности характеризовалось уменьшением в динамике заболевания частоты соматизированных и общеастенических симптомов, снижением роли психотравмирующих факторов в клинике заболевания, неблагоприятным прогнозом. Выделение понятия соматизированное развитие личности позволило внести коррективы в терапию СР. Она должна быть комплексной. Для коррекции соматизированных проявлений (невротических) целесообразно использовать психофармакотерапию, патохарактерологических нарушений – современные психотерапевтические подходы. Терапевтическая тактика соматизированного развития личности строилась с учетом формирования на этом этапе заболевания патохарактерологических расстройств. Для воздействия на соматизированные симптомы использовались селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – флувоксамин, сертралин. Эффективное влияние на сформировавшиеся у больных истерические, эксплозивные, тревожные черты оказывали нейролептики – хлорпротиксен и неулептил. Мероприятия социальной реабилитации и реадaptации проводились 19 из 23 больным (82,60%) с соматизированным развитием личности. Они включали участие в психообразовательной программе и работу в группах по интересам. Психообразовательную программу вели врач-психиатр, клинический психолог и специалист по социальной работе. Ее содержанием являлось информирование о заболевании, особенностях его течения и прогноза; роли стресса в его возникновении и путях его преодоления. Затем больные включались в группу по интересам. Указанный подход имел важное значение в комплексе восстановительных мероприятий для больных с соматизированным развитием личности. Анализ его эффективности обнаружил положительную динамику эмоционального состояния, показателей качества жизни.

Таким образом, лечебные мероприятия для больных СР должны учитывать клинико-динамические характеристики заболевания. На этапе соматизированного развития личности

терапевтические подходы должны проводиться с позиций комплексного подхода к реабилитации, дополняться методами психологической помощи, социальной реабилитации и реадaptации.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМИ ТРЕВОЖНЫМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Погосова И.А.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск

inchikp@yandex.ru

Расстройства тревожно-депрессивного спектра являются одной из наиболее распространенных групп психопатологических состояний в популяции. Панические расстройства (ПР) занимают большой удельный вес среди всех тревожных состояний. Коморбидные состояния являются одной из причин, осложняющих течение заболевания и негативно влияющих на качество жизни больных.

Цель исследования: изучение клинико-динамических особенностей ПР в случае их сочетания с аффективными расстройствами и качество жизни таких больных.

Материалы и методы. Диагностику психических и поведенческих расстройств осуществляли с использованием МКБ-10 и предложенных нами критериев. Одновременное присутствие в клинической картине заболевания симптомов ПР (F 41.0) и депрессивного расстройства (легкий депрессивный эпизод – F 32.0, умеренный депрессивный эпизод – F 32.1) при достаточной степени выраженности симптомов позволили провести раздельную диагностику этих расстройств. Основная группа представлена больными (35 чел. – 51,47%) с коморбидными тревожными ПР и аффективными расстройствами (депрессивное расстройство, умеренный депрессивный эпизод – F 32.1), контрольная – пациентами (33 чел. – 48,53%) обнаруживающими в клинической картине только ПР. Пациенты обеих групп (68 чел. – 100%) подверглись клинико-психопатологическим и патопсихологическим методам исследования. Исследование проводилось в психосоматическом отделении Курской областной наркологической больницы. Для оценки качества жизни больных использовались экспериментально-психологические методы: «Анкета качества жизни SF-36» (J.E. Ware), «Методика оценки качества жизни больных и инвалидов NAIF» (А.П. Пушкарев, Н.Г. Аринчина), специально разработанная анкета для получения дополнительных сведений о течении заболевания. Результаты подвергались статистической обработке с применением критериев U-Манна-Уитни и Фишера в программе STATISTIKA 6.0.

Результаты. При сочетании панического и депрессивного расстройства панические атаки (ПА) возникали до первых проявлений депрессивного эпизода, по мере усугубления депрессии они исчезали. ПА выступают в качестве раннего клинического проявления депрессивного эпизода, исчезают по мере его утяжеления. Аффективный компонент ПА проявляется подавленностью, угнетенностью и безысходностью. Приступы ПА носят сезонный характер. Изучение качества жизни у больных обеих групп позволило установить различия на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$) по показателям ряда шкал. Уровень «ролевого функционирования» ($n=53\%$, $p\text{-level}=0,00015$), «жизнеспособности» ($n=55\%$, $p\text{-level}=0,00189$), «социального функционирования» ($n=57\%$, $p\text{-level}=0,008$), «эмоционального функционирования» ($n=41\%$, $p\text{-level}=0,00095$), «психологического здоровья» ($n=25\%$, $p\text{-level} = 0,0019$), «общего здоровья» ($n=24\%$, $p\text{-level} = 0,004$) выше в контрольной группе по сравнению с показателями основной группы. Интегративный показатель качества жизни выше в контрольной группе больных ($n=45\%$, $p\text{-level} = 0,00027$).

Обнаруженные клинические проявления ПР при их сочетании с аффективным расстройством обусловлены взаимовлиянием коморбидных заболеваний, кроме того установлен факт негативного влияния коморбидной патологии на качество жизни таких больных. Выявленные особенности подлежат медикаментозной и психотерапевтической коррекции.

СОБЛЮДЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Полесская М.М.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва

marina_polesskaya@mail.ru

Общеизвестно многократное расхождение между данными медицинской статистики о количестве обратившихся за наркологической помощью и числом потенциальных клиентов, нуждающихся в помощи нарколога. На сокращение этого разрыва направлены анонимные услуги лечения и консультирования. Препятствием на пути потенциального пациента к врачу служит страх огласки, постановки на наркологический учет. Опыт проведения тестирования на наркотики в школах, например, выявил значительную долю родителей, воспользовавшихся своим правом на добровольность обследования и отказ от него. Вероятность получить «клеймо наркомана» на ребенке пугает их больше, чем объективное свидетельство наркотизации.

Американские исследования показали, что люди значительно чаще обращаются за врачебной консультацией и наркологической помощью, если им гарантирована врачебная тайна. Так, гарантии соблюдения конфиденциальности повысили с 39% до 46,5% долю подростков, готовых раскрыть информацию о своем половом поведении и употреблении наркотиков, и с 53% до 67% выросло число тех, кто намеревался в будущем консультироваться с врачом в профилактических целях при условии, что родители не узнают об их визите к врачу.

С другой стороны, защита персональных данных пациента наркологического профиля, направленная на облегчение его доступа к медицинским услугам, не должна сказываться на отчетности медицинского учреждения об оказанных услугах, на обмене информацией с другими ведомствами. Для этих целей нет необходимости в персональной информации. Так, например, «комнаты здоровья» в Германии (помещения для употребления принесенного с собой наркотика в санитарных условиях) работают по принципу анонимности. На входе посетитель заполняет опросный лист с указанием своего имени, который на выходе уничтожается. За время пребывания посетителя в «комнате здоровья» персонал проводит необходимые учетные записи, обеспечивая сбор данных о работе учреждения и моделях потребления наркотиков у наркозависимых. Полицейским запрещено дежурить поблизости на улице, они не имеют доступа в учреждение, а данные о посетителях не передаются в правоохранительные органы. В электронных информационных системах для обслуживания наркозависимых в Германии персональные данные клиентов закодированы и защищены паролем.

Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые назвал соблюдение врачебной тайны (конфиденциальности медицинской информации) одним из принципов охраны здоровья (ст. 4). Требование о соблюдении врачебной тайны присутствует также и в других статьях этого закона: о праве пациента на защиту сведений, составляющих врачебную тайну (ст. 19), об обязанности медицинских работников (ст. 73) и медицинских организаций (ст. 79) соблюдать врачебную тайну. Согласно новому закону, под врачебной тайной следует понимать сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Новое определение позволяет требовать сохранения врачебной тайны и от других работников учреждения, не только врачей, которым стало известно об обращении за медицинской помощью. Нарушители закона могут быть привлечены к административной и даже уголовной ответственности. При этом Закон предусматривает 10 исключений, допускающих предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя, с учетом масштабов возможного вреда.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

Полищук Ю.И.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
yu.polischuk@mail.ru

Общественное психическое здоровье является основой духовного и интеллектуального потенциала нации и необходимой предпосылкой стабильности и прогрессивного развития общества и государства. В настоящее время в условиях затяжного финансово-экономического кризиса состояние общественного психического здоровья остаётся не вполне благополучным. Необходимы безотлагательные и энергичные меры по его укреплению посредством, прежде всего, широких психогигиенических и психопрофилактических мероприятий. Однако, как это ни удивительно, в современных руководствах и учебниках по психиатрии происходит фактическое упразднение понятия психогигиены. Оно заменяется понятиями социальной, превентивной, промышленной, экологической психиатрии. Наряду с этим сокращаются массовые профилактические осмотры в рамках диспансеризации. Они проводятся психиатрами поверхностно и формально, без выявления факторов риска и начальных признаков латентной и субклинической психической патологии.

Отказ от понятия психогигиены и замена его без каких-либо обоснований другими стигматизирующими терминами противоречат традициям отечественной психиатрии, лучшие представители которой включали психогигиену в качестве необходимого и важного раздела профилактической психиатрии. Руководства и учебники по психиатрии, в которых отсутствует раздел по психогигиене, не могут обеспечить полноценную подготовку молодых врачей по вопросам охраны психического здоровья различных контингентов населения. Особого внимания заслуживает охрана и укрепление психического здоровья ветеранов и детей Великой Отечественной войны и тружеников тыла. Наш многолетний опыт и научные исследования в условиях территориальных Центров социального обслуживания лиц позднего возраста выявили широкую распространённость когнитивных, аффективных, невротических и неврозоподобных расстройств среди этого контингента. Такие лица, как правило, не попадают в поле зрения психиатров, им не оказывается профилактическая и лечебная помощь, что приводит к прогрессированию психических и психосоматических расстройств, значительному снижению качества их жизни. Организация геронтопсихотерапевтических кабинетов при Центрах социального обслуживания является актуальной задачей современной психогигиены и психопрофилактики.

Необходимость широких психогигиенических и психопрофилактических мероприятий в современных условиях диктуется также всё большим распространением синдромов «эмоционального выгорания» и хронической усталости, переходящим в патологические формы психической дезадаптации. Необходимо развитие школьной психогигиены и психопрофилактики. Накапливается всё больше данных, свидетельствующих о негативном влиянии телевидения и Интернета на психическое здоровье детей и подростков. Сообщество психиатров, наркологов и медицинских психологов обязано поднять свой голос в защиту психического здоровья различных групп населения и разработать новую межведомственную программу широких психогигиенических и психопрофилактических мероприятий.

ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ЕЕ РОЛЬ В УКРЕПЛЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Положая З.Б.

Профессиональная психотерапевтическая лига, г. Москва
zpolozhaya@mail.ru

Духовно ориентированная психотерапия является выделенным нами новым, профилактически ориентированным направлением психотерапевтической науки и практики. Согласно определению, духовно ориентированная психотерапия – это область психотерапии, рассматривающая человека в рамках четырехчастной биопсихосоциодуховной парадигмы и ориентированная на духовную составляющую как на главную и интегрирующую все остальные. Содержанием духовно ориентированного подхода является специфическая эффективная форма воздействия на внутренний мир человека в целях обеспечения и сохранения его общего, психического и духовного благополучия.

Кроме того, духовно ориентированный подход позволяет на более высоком уровне упорядочить прошлое и настоящее, и достичь целей, поставленных человеком, семьей, группой и обществом в целом. Важнейшей целью духовно ориентированной психотерапии является формирование человека как целостной духовной личности, гармонично существующей на всех уровнях бытия. Для этого используется весь потенциал созданной человечеством культуры.

В настоящее время в рамках направления происходит активное уточнение теоретического базиса, разрабатываются современная методология и инструментарий. В рамках духовно ориентированной психотерапии нами разработаны психопрофилактические программы, применяемые в работе как с пациентами с психическими расстройствами, так и с психически здоровыми людьми, имеющими потребность в самопознании и самосовершенствовании. В качестве примера можно привести программу «Сотвори себя!», показавшую свою эффективность во всех группах пациентов. Эта программа включает в себя три этапа. Первый из них направлен на углубленное познание пациентом духовных ценностей в области культуры, а также на самопознание. На втором этапе пациент под руководством психотерапевта фактически заново «сотворяет себя» из лучшего духовного материала, накопленного человечеством. В этот период на уровне психики происходят процессы трансформации и интеграции, что приводит к совершенствованию личности пациента. На третьем (заключительном) этапе пациент создает свой собственный духовный творческий продукт, что и является результатом его духовного развития и личностной гармонизации. Особое значение духовно ориентированный подход имеет в психопрофилактической работе с детьми и подростками. Примером этого может служить программа комплексного духовного развития детей «От сердца к сердцу», успешно выполняемая в содружестве с Государственным музеем изобразительных искусств им. А.С. Пушкина.

Таким образом, разработанное нами новое направление «Духовно ориентированная психотерапия», имеющее своей главной задачей формирование гармоничной личности, способствует укреплению индивидуального и общественного психического здоровья.

СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В НОВЕЙШЕЙ ИСТОРИИ РОССИИ

Положий Б.С., Фритлинский В.С.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии

им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

pbs.moscow@gmail.com

Согласно современным представлениям, социальное состояние общества может оказывать как саногенное, так и патогенное влияние на индивидуальное и общественное психическое здоровье. Радикальные и крупномасштабные политические и социально-экономические перемены, произошедшие в России в последнем десятилетии 20 века, и последующие изменения в жизни страны стали наглядной иллюстрацией этого положения. Ретроспективно оценивая социальную ситуацию в стране, нами условно выделены три хронологических периода в ее новейшей истории. Первый период, характеризовавшийся коренной ломкой существовавшей ранее социальной, политической и экономической системы и сопровождавшийся острым социально-экономическим кризисом, пришелся на первую половину 1990-х годов. Второй период (вторая половина 1990-х годов) определялся сложным и болезненным процессом становления новых общественных и экономических отношений, социальной нестабильностью, разочарованием значительной части населения в осуществляемых преобразованиях. Третий период (2000-е годы) характеризовался появлением признаков социальной стабильности во всех основных сферах жизни общества.

С целью оценки состояния общественного психического здоровья в эти периоды нами проведен динамический анализ трех показателей: частоты суицидов, распространенности алкогольных психозов и первичной инвалидности вследствие психического заболевания. По нашему опыту, именно эти показатели психического здоровья наиболее тесно связаны с характером социальной ситуации. Выбор алкогольных психозов объясняется их более полным учетом по сравнению с алкоголизмом, что позволяет косвенно судить и о распространенности последнего. Установлено, что в первом периоде произошел существенный рост анализируемых показателей по сравнению с последним годом, предшествовавшим началу радикальных реформ. Так, частота суицидов увеличилась в 1,6 раза, распространенность алкогольных психозов – в 4 раза, а первичная

инвалидность по психическому заболеванию – в 1,5 раза. Эти цифры подтверждают патогенное влияние стресса социальных изменений и социально-экономического кризиса на психическое здоровье населения. Во втором периоде, несмотря на определенную адаптацию населения к новой социальной реальности, показатели частоты суицидов, алкогольных психозов и первичной инвалидности остались на уровне первого периода. Это отражало социальное неблагополучие и нестабильность, имевшие место в эти годы. В третьем периоде, продолжающемся вплоть до настоящего времени, произошло существенное улучшение показателей психического здоровья. В 2015 г. частота суицидов снизилась, по сравнению с первым периодом, в 2,4 раза, а по сравнению с последним дореформенным годом – в 1,5 раза. Распространенность алкогольных психозов уменьшилась по сравнению с первым периодом в 1,6 раза, на 22,7% снизился первичный выход на инвалидность по психическому заболеванию. Вместе с тем, отмечающийся в последние два года финансово-экономический кризис в стране может неблагоприятно повлиять на психическое здоровье населения, что требует от психиатров активизации психопрофилактического аспекта их деятельности. Таким образом, на примере новейшей истории России доказана непосредственная связь между характером социальной ситуации в стране и уровнем общественного психического здоровья.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ТЕРАПИИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Поляева А.А., Ковшова О.С.

ГБУЗ «Самарский областной наркологический диспансер», г. Самара,

alena.prosvetova@mail.ru ;

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара

ol1955ga@yandex.ru

Согласно Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, а также с целью реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Самарской области актуальны разработки по снижению уровня социально значимых заболеваний. Традиционные подходы к реабилитации лиц с опиоидной зависимостью характеризуются низкой результативностью: по данным статистики не более 7-15% пациентов достигают ремиссии продолжительностью более одного года. Особую сложность представляет процесс преодоления психологической зависимости, поскольку ее проявление может сохраняться десятилетиями и являться причиной рецидива.

Целью исследования стало определение динамики психологических изменений у пациентов с зависимостью от опиоидов, проходящих когнитивно-поведенческую психологическую коррекцию в рамках стационарной реабилитации. Для оптимизации проведения психокоррекционных мероприятий мы изучили такие характеристики когнитивно-поведенческой сферы больных, как способы совладающего поведения, механизмы психологической защиты, имеющиеся аддиктивные установки и стадии психотерапевтических изменений.

Материалы и методы. Группу исследования составили 40 человек (26 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 25 до 35 лет, проходящих терапию зависимости от опиоидов на курсе стационарной реабилитации в ГБУЗ «Самарский областной наркологический диспансер». Стаж употребления наркотика испытуемыми к моменту обследования составил 14 – 18 лет.

Психологическая диагностика испытуемых проводилась на начальном и завершающем этапе реабилитационной программы и включала использование следующих методик: «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х.Р. Конте, опросника «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, С. Фолкман, Шкалы стадий психотерапевтического процесса (URICA), теста аддиктивных установок Мак-Маллана-Гейлхар (MGAA). Психокоррекционный блок включал методы индивидуальной (10 встреч по 1 часу) и групповой (38 групповых занятий по 1,5 часа) когнитивно-поведенческой психологической коррекции.

Сравнительный анализ данных психологической диагностики пациентов с синдромом зависимости позволил установить, что на завершающем этапе реабилитации у пациентов снизилась выраженность неконструктивных и повысилась выраженность конструктивных копинг-стратегий, снизилась напряженность психологических защит, выраженность аддиктивных установок. Проведенная психокоррекционная работа с аддиктивными убеждениями пациентов, обучение их поведенческим стратегиям, способствующим поддержанию и сохранению трезвости, показала

достоверно-значимые различия в выраженности аддиктивных установок у пациентов с опиоидной зависимостью на начальном и завершающем этапах стационарной реабилитации. Проводимые психокоррекционные мероприятия способствовали переходу пациентов с таких стадий психотерапевтического процесса, как «Предразмышление» и «Размышление» на стадию «Действие» и «Сохранение», что свидетельствует об эффективности когнитивно-поведенческой психологической коррекции в реабилитации данной категории пациентов.

МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ СЛОЖНОСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Потемкин Б.Е.

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург
pbe.box@mail.ru

Оценка «сложности» экспертных исследований возможна в рамках постнеклассической научной рациональности, позволяющей рассматривать процесс принятия экспертного решения как «мыследеятельность», определяемую экспертным заданием и методологическими установками. Объективизация «сложности» возможна через анализ времени, затрачиваемого экспертом на проведение исследования, в зависимости от клинических и методологических особенностей экспертного случая, что подразумевает применение клинического метода, дополненного методом хронометража. В качестве показателя «сложности» предложено использовать время, затрачиваемое экспертом-докладчиком на обоснование, согласование и оформление выводов, поскольку на данном этапе трудозатраты эксперта практически не зависят от выполнения рутинной работы по обработке предоставленных объектов исследования.

«Сложность» экспертного исследования складывается из «сложности клинической диагностики» и «сложности экспертной оценки» выявленной патологии. «Сложность клинической диагностики» определяется атипичностью клинической картины, понимаемой как несоответствие выявляемой симптоматики диагностическому стандарту. «Сложность экспертной оценки» выявленной психической патологии определяется необходимостью оценивать нарушения психики, допускающие возможность принятия разных экспертных решений.

Установлено, что на «сложность» экспертного исследования достоверно влияют разные варианты атипичности клинической картины: «несогласованность» диагностических критериев из-за противоречивости данных; «недостаточность» диагностических критериев из-за дефицита клинически значимых описаний; «расширение спектра» критериев диагностики при наличии сочетанной патологии или дополнительных синдромов. Для экспертиз по гражданским делам полученные результаты позволяют предварительно выделить 5 групп сложности и считать «коэффициент сложности» (Коеф. сл.). К «простым» судебно-психиатрическим экспертизам (СПЭ) относятся случаи, когда диагностируется одно психическое расстройство с «типичным» набором диагностических критериев. В этом случае время на обоснование и оформление выводов составляет в среднем 60 мин., а Коеф. сл. принимается = 1. К СПЭ с «незначительным усложнением» относятся случаи при «расширении спектра» диагностических критериев (Коеф. сл. = 1,5). К «умеренно сложным» СПЭ относятся случаи, когда отмечается «недостаточность» диагностических критериев (Коеф. сл. = 2). К «сложным» СПЭ относятся случаи, когда имеется «несогласованность» диагностических критериев (Коеф. сл. = 3). К СПЭ «повышенной сложности» относятся случаи, когда отмечается сочетание «несогласованности» и «недостаточности» диагностических критериев (Коеф. сл. = 4). Для СПЭ по уголовным делам влияние «атипичности» симптоматики на время обоснования и согласования выводов выражено в значительно меньшей степени и не позволяет выделить группы сложности. Предварительный характер результатов определяется тем, что при проведении СПЭ возможно наличие иных значимых факторов, которые могут как увеличивать, так и понижать «сложность» принятия экспертного решения.

Полученные результаты в целом подтверждают состоятельность методологии оценки «сложности» судебно-психиатрических экспертиз и направление дальнейшего исследования для выявления критериев «сложности».

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА НА ТЯЖЕСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Посвянская А.Д., Вернекина Н.С.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии

им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

annaposv@mail.ru

Депрессии являются одной из самых актуальных проблем современной психиатрии.

Целью исследования явилось изучение влияния социальных факторов на тяжесть депрессивных расстройств.

Материалы и методы. Методы исследования: клинико-психопатологический и статистический. Объект исследования: диспансерный контингент больных с депрессиями, находящихся на лечении в дневном стационаре Московского городского психиатрического диспансера № 23.

Результаты. Обследованы пациенты в возрасте от 19 до 59 лет, среди которых преобладали лица женского пола – 78,6%. Депрессивный эпизод легкой степени диагностирован у 29% больных, средней степени – у 42%, тяжелый – у 29%. Проведенные исследования позволили сделать вывод об определенной взаимосвязи клинических симптомов и факторов социального стресса. При депрессивном эпизоде легкой степени, проявляющимся астеническими симптомами, заниженной самооценкой, неразвернутыми идеями виновности и легкой социальной дезадаптацией в личной и профессиональной сферах, в качестве патогенного социального фактора чаще фигурировали угроза безработицы или вынужденной смены профессии. Клиническая картина у больных с депрессивным эпизодом средней степени более сложная: нарушения сна, апатия, ангедония, тоска, тревога, более выраженная социальная и профессиональная дезадаптация. Среди макросоциальных факторов доминируют пессимистичная оценка происходящих в стране событий, нестабильность, незащищенность, низкий жизненный уровень. Среди микросоциальных факторов преобладают стрессы в личной жизни. У пациентов с депрессивным эпизодом тяжелой степени ведущее место занимают витальная тоска и суицидальные тенденции. Данные симптомы коррелируют с такими макросоциальными факторами, как возможность глобальных потрясений в ближайшем будущем (терроризм, катастрофы), пессимистический взгляд на настоящее и будущее своих детей, глубокое разочарование в собственной жизни и жизни общества. Актуальными становятся мысли об отсутствии в обществе нравственных идеалов и ценностей, поляризации на богатых и бедных. Наиболее часто встречаемыми стрессовыми факторами в группе женщин (86%) оказались перемены в личной жизни (развод, переезд), а также неблагоприятное состояние своего здоровья или близких. 50% пациенток связывали ухудшение своего психического самочувствия с событиями в профессиональной сфере. У мужчин (14%) наиболее травмирующими оказались неблагоприятные ситуации, как в сфере личной жизни, так и в профессиональной сфере. Среди макросоциальных факторов мужчины отмечали криминогенную ситуацию в стране, отсутствие нравственных идеалов и ценностей в современном обществе, поляризацию общества на богатых и бедных, коррупцию и произвол чиновников, неопределенные перспективы будущего детей и неблагоприятное состояние своего здоровья.

Таким образом, есть основания говорить о наличии связи между масштабом социального стресса и тяжестью депрессивного расстройства. Полученные данные могут служить ориентиром для психопрофилактики, а также способствовать повышению эффективности лечения и реабилитации пациентов с депрессивными расстройствами. Знание наиболее стрессогенных социальных факторов даёт возможность целенаправленного планирования программ охраны психического здоровья населения.

ПРИНЦИПЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Правило Е.С.

ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный университет» (национальный исследовательский университет), г. Челябинск,
МБУ СО «Социально-реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Здоровье», г. Челябинск
ekaterina-prv@mail.ru

Процесс абилитации подразумевает комплекс лечебных и психосоциальных мероприятий, направленных на улучшение физических, психосоциальных и адаптивных возможностей у детей, имеющих особые образовательные потребности с самого рождения или с раннего детства. По данным исследования, проведенного в Социально-реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями «Здоровье» (г. Челябинск), в процессе абилитации детей с особыми образовательными потребностями необходимо последовательно, либо одновременно осуществлять следующие этапы работы: 1) медикаментозная поддержка, характер которой обуславливается особенностями структуры психического и соматического дефекта; 2) пато-нейропсихологическая абилитация, основанная на принципах замещающего онтогенеза и обучающего эксперимента; 3) психолого-педагогическая и дефектологическая абилитация, направленная на социальную адаптацию ребенка и формирование у него начальных школьных навыков или их предпосылок.

Согласно проведенному исследованию, к наиболее существенным факторам, влияющим на эффективность раннего вмешательства и ранней абилитации, относятся: 1) потенциальные возможности ребенка (в первую очередь, анатомо-физиологические); 2) возраст, в котором начато вмешательство (наименее чувствительным к начальным абилитационным воздействиям является возраст ребенка после 7–8 лет); 3) интенсивность и продолжительность программ (минимальные эффекты комплексной абилитации следует ожидать не ранее, чем через один месяц); 4) степень включенности родителей в программу абилитации.

Для улучшения эффективности абилитации необходимо осуществлять предварительную комплексную диагностику ребенка. Это позволит специалистам обоснованно выявить наиболее актуальные «мишени» интервенции. В процессе диагностики психологу и педагогу следует квалифицировать не только нарушенные звенья психической деятельности, но также и ее сохранные стороны. Важность такого подхода объясняется тем, что в большом количестве случаев абилитационная работа с первично нарушенными функциями фактически представляется невозможной или крайне затруднена на начальных этапах. В связи с этим необходимо обязательно подключать те психические функции, которые оказываются относительно сформированы на данном онтогенетическом этапе (в ряде случаев речь идет только о предпосылках к формированию функций). На патопсихологическом уровне основной формой работы здесь является обучающий эксперимент, включающий в себя ряд этапов: 1) диагностический этап; 2) конструктивно-формирующий этап, на котором осуществляется обучение ребенка необходимым навыкам с опорой на уже имеющиеся (здесь используются специально разработанные варианты помощи); 3) этап контроля эффективности обучения и переноса навыков; 4) оценочный этап. В процессе работы специалист оказывает ребенку помощь дозированно. Подобная технология опоры на сохранные психические процессы и использование модифицированного обучающего эксперимента обеспечит максимальную компенсацию нарушений в процессе абилитации.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПОВСЕДНЕВНАЯ ПРАКТИКА

Прибытков А.А.¹, Белоусов В.И.²

¹ ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, г. Пенза
pribytkov@bk.ru

² ГБУЗ Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова, г. Пенза
opb_evgrafova@mail.ru

В настоящее время доступны как зарубежные, так и отечественные рекомендации по терапии шизофрении, основанные на данных клинических исследований.

Цель исследования: установить соответствие лечения шизофрении в специализированном стационаре имеющимся клиническим рекомендациям.

Материалы и методы: проведено изучение 132 историй болезни пациентов с диагнозом «шизофрения, параноидная форма» и осуществлен опрос 78 врачей-психиатров.

Результаты. По результатам анализа историй болезней во всех случаях базисным препаратом для терапии шизофрении был антипсихотик, что соответствует имеющимся клиническим рекомендациям. По данным опроса 58% врачей препаратами первого выбора для терапии обострения шизофрении считают антипсихотики первого поколения (АПП), 13% – антипсихотики второго поколения (АВП), 29% высказались о сходной эффективности АПП и АВП (последнее соответствует рекомендациям). В стационаре 73,5% назначений составили АПП, 23,5 % – АВП, в 3 % назначена комбинация АПП и АВП.

В соответствии с клиническими рекомендациями целесообразна монотерапия антипсихотиком (кроме дополнительной седативной терапии при психомоторном возбуждении). При опросе 89% врачей высказались в пользу монотерапии, 11% допускают использование комбинации антипсихотиков у пациентов без психомоторного возбуждения. В стационаре 85,6% пациентов получали один антипсихотик, 14,4% – комбинацию антипсихотиков (седативная терапия не учитывалась).

Препараты седативного действия (бензодиазепины, низкопотентные антипсихотики первого поколения) получали 46,2% пациентов. Вопреки рекомендациям большинство больных (82%) получали седативную терапию на протяжении всей госпитализации (средний ее срок составил 62 койко-дня) и лишь в 18% случаев седативные препараты были отменены при улучшении состояния.

Клозапин в настоящее время рекомендуется как препарат резерва для терапевтически резистентных случаев шизофрении. В исследованной выборке клозапин был назначен 39 пациентам (29,6%). Лишь в одном случае препарат в терапевтической дозе использовался для борьбы с резистентностью. Во всех остальных наблюдениях назначались низкие дозы клозапина в качестве седативного (снотворного) препарата.

С целью коррекции побочных эффектов в стационаре широко назначались антихолинергические препараты (тригексифенидил в дозе от 2 до 8 мг/сут). В соответствии с рекомендациями корректоры побочных эффектов должны назначаться в случае развития экстрапирамидной симптоматики, нецелесообразно профилактическое использование антихолинергических препаратов. В исследованной выборке тригексифенидил получали 45,6% пациентов. В 35% случаев корректор был назначен в первый день терапии одновременно с антипсихотиком (в том числе при использовании АВП).

Выводы. Таким образом, для терапии шизофрении в стационаре используются преимущественно АПП (вероятно, по причине большей доступности). Типичные недостатки лечения: полипрагмазия, широкое использование низких доз клозапина для снотворного эффекта, длительное применение препаратов седативного действия, профилактическое использование антихолинергических препаратов.

ПОСТАБСТИНЕНТНОЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОЛИЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ И СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Прилуцкая М.В., Кулиев Р.С., Молчанов С.Н.

Государственный Медицинский Университет Города Семей, Республика Казахстан

mariyapril2407@gmail.com

В Республике Казахстан (РК) употребление новых психоактивных веществ (НПВ) стало регистрироваться с 2008 г. Так, по данным отчета Министерства внутренних дел РК в 2015 г. при пилотном мониторинге 4 регионов страны (Астана, Алматы, Павлодарская и Северо-Казахстанская области) было зарегистрировано 419 случаев госпитализации лиц, страдающих зависимостью от НПВ. Врачи-наркологи РК все чаще сталкиваются с употреблением НПВ в сочетании с традиционными психоактивными веществами (опиоиды, каннабиноиды, алкоголь).

Цель исследования описание особенностей клинического течения патологического влечения (ПВ) при опиоидной зависимости, осложненной употреблением синтетических каннабиноидов в ранний постабстинентный период.

Материалы и методы. Обследованы пациенты наркологического стационара, проходившие курс реабилитации в течение 40 дней после купирования симптомов опиоидной абстиненции. Дизайн исследования «случай-контроль» с подбором пар 1:3. Группа «случаев» (далее исследуемая группа - ИГ) состояла из 47 пациентов с установленным диагнозом опиоидной зависимости – F11.21, сопутствующий диагноз: зависимость от синтетических каннабиноидов - F12.21. Группа «контроля» (КГ) состояла из 146 пациентов, страдающих только монозависимостью от опиоидов - F11.21. Методы исследования: клинико-психопатологический, социологический, психометрический, статистический.

ИГ и КГ были сопоставимы по ключевым социально-демографическим характеристикам. В абсолютном большинстве группы были представлены мужчинами, по этнической принадлежности чаще азиатской группы: ИГ – 32 (68,1%), КГ – 84 (57,5%). Средний возраст в ИГ – 24,17±2,89 лет, КГ- 25,04±4,23 лет ($U=3167$, $p=0,42$). По клинико-anamnestическим характеристикам потребления опиоидов обе группы также не обнаружили значимых различий. В обеих группах превалировала вторая стадия зависимости от опиоидов: ИГ – 28 (59,6%), КГ – 96 (65,8%). Потребление синтетических каннабиноидов характеризовалось установленными признаками зависимости среди пациентов ИГ. Стаж наркотизации синтетическими каннабиоидами составил 1,28±0,45 лет.

Квантифицированная оценка ПВ проводилась с применением шкалы Винниковой М.А. на 1, 10, 20, 40 сутки. Выявлено отсутствие значимой разницы между тяжестью ПВ сразу по окончании абстиненции. Однако на протяжении постабстинетного периода разница между редукцией симптоматики в ИГ и КГ нарастала. ПВ в ИГ отличалось длительной персистенцией, вплоть до конца ближайшего постабстинетного периода (8,21±1,02 балла). В КГ ПВ редуцировалось быстрее, достигнув уровня легкой степени тяжести к концу наблюдения (6,78±1,26 баллов). На фоне проводимой терапии ПВ в КГ ослабевало с большей скоростью, достигнув субклинического уровня в среднем по группе уже на 20-е сутки, что соответствовало консолидации ремиссии (7,33±1,99 баллов). В ИГ к 20-м суткам ПВ оставалось выраженным (8,17±1,58 баллов).

Приведенный нами фрагмент исследования свидетельствует в пользу потенцирующего аддиктивного эффекта НПВ на течение традиционных зависимостей, в том числе опиоидной. Выявленная разница в скорости редукции ПВ между ИГ и КГ позволяет определить дальнейший задел для исследований, состоящий в детализации степени влияния синтетических каннабиноидов и других НПВ на клиническое течение традиционных зависимостей. Наряду с этим актуальной остается оценка отдаленных эффектов такой коморбидности.

О ВОЗМОЖНЫХ ЮРИДИЧЕСКИХ КОЛЛИЗИЯХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НОВОГО ПОРЯДКА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В НАРКОЛОГИИ

Приятель В.А.

ФГБУЗ «Центральная психиатрическая больница» ФМБА России, г. Электросталь
cpbfmba@mail.ru

Приказом Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н утверждён Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (далее по тексту – Порядок). Пунктом 2 Порядка дано определение понятия диспансерного наблюдения, полностью взятое из части 5 статьи 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». При этом согласно пункту 12 Порядка, диспансерному наблюдению подлежат также лица, которым установлен диагноз «употребление с вредными последствиями». С учётом существенных социально-правовых ограничений, накладываемых на пациентов наркологического профиля при установлении над ними диспансерного наблюдения, данная норма приказа требует более внимательного и критического отношения.

Как известно, «*lex specialis est superior quam generalis*» - специальный закон приоритетен над общим. Поскольку в РФ отсутствует закон, регулирующий оказание наркологической помощи, специальным законом для наркологии является Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Часть 1 статьи 27 данного Закона гласит: «Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями». Т.е., для установления диспансерного наблюдения

необходимо сочетание всех упомянутых признаков психического расстройства. Совершенно понятно, что диагноз «употребление с вредными последствиями» никоим образом не подпадает под вышеупомянутое определение.

Кроме того, пунктом 6 Порядка принятия решения об установлении над пациентом диспансерного наблюдения отнесено к единоличной компетенции врача-психиатра-нарколога (врача-психиатра-нарколога участкового), что также вступает в противоречие с частью 2 статьи 27 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1, в соответствии с которой решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается исключительно комиссией врачей-психиатров.

Таким образом, налицо явные противоречия между приказом Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н и Законом РФ от 02.07.1992 № 3185-1, что может породить судебные разбирательства со стороны пациентов наркологического профиля в случае возможного ущемления их законных прав и интересов. Данная ситуация заставляет нас вернуться к затихшей было дискуссии о целесообразности разработки специального закона, регламентирующего оказание именно наркологической помощи.

ПОЗДНИЕ ЭТАПЫ ПСИХО-СЕСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ КАК ПРЕДИКТОР ЗРЕЛОЙ СЕСУАЛЬНОСТИ

Прокопенко Ю.П., Кибрик Н.Д.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
lalalama@mail.ru

На третьем этапе психо-сексуального развития происходит формирование платоническо-эротического влечения в рамках стадии формирования психо-сексуальных ориентаций, которые в будущем определяют объект влечения, его внешние и психологические признаки, ситуацию реализации влечения и другие личные и межличностные характеристики. Нормальное протекание этого этапа основано на гармоничном протекании предыдущих этапов и отсутствии повреждающих биологических и/или социальных факторов влияния. При гармоничном течении всего процесса психо-сексуального развития, а также третьего этапа, как такового, закладывается устойчивая основа социализации полового поведения и социально приемлемого проявления сексуальной потребности на стадии зрелой сексуальности. Психологизация физиологической потребности позволяет гармонично пройти этап привлечения биологического поведения в социум и микросоциум данной личности. Сочетание эротического и сексуального поведения становится мощным фактором социализации индивидуума и его способности к межличностным контактам на интимном уровне. В будущем, при возникновении определенных сексуальных расстройств, возвращение партнеров к платонико-эротической стадии в рамках мнимого запрета на коитус позволяет изменить содержание психосексуальной ориентации по способу реализации, снимая невротическое отношение к сексуальной проблеме и восстанавливая межличностные связи партнёров, как основу возобновления гармонического интимного поведения в паре.

Согласно трехкомпонентной теории любви Р. Стернберга, любовь включает в себя интимность, страсть и преданность. Интимность – эмоциональная составляющая, включает физическую близость и общность чувств. Страсть – мотивационная составляющая, включает сексуальное влечение и романтическое чувство «влюбленности». Преданность – когнитивная составляющая, отражает намерение человека сохранить такие отношения.

В настоящее время практически нет исследований особенностей третьего этапа в рамках нормальных характерологических особенностей и нормального психического состояния подростков. Исследования третьего этапа психо-сексуального развития касаются выраженных психологических или эндокринных нарушений у подростков, или нарушений, возникших в результате поломок на предыдущих этапах.

В России в настоящее время психика подростков подвергается активному воздействию со стороны средств массовой информации, в том числе и интернета, которые резко деформируют гармоничное сочетание биологических и психологических компонентов либидо. Это приводит к биологизации интимных отношений, нарушению принципа парности в рамках сексуального поведения, что ослабляет зрелую сексуальность и ограничивает психотерапевтический подход к

решению сексуальных проблем в паре. Исследования платонико-эротической стадии психо-сексуального развития в норме позволит разработать систему защиты подростков от негативного влияния социума в плане становления зрелой сексуальности.

АДДИКТИВНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЛИЦ СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Лодягин А.Н.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
г. Санкт-Петербург
galinapro1@rambler.ru

Аддиктивная патология играет важную роль в формировании суицидального поведения, так как алкоголь и другие психоактивные вещества снижают психологический антисуицидальный барьер и облегчают совершение суицида.

Цель исследования: определить социально-демографические и клинические характеристики пациентов с наличием аддиктивной патологии, совершивших суицидальные попытки в форме отравления.

Материалы и методы. Обследованы 102 пациента, 29 (28,4%) мужчин и 73 (71,6%) женщины, поступивших в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, из них 42 чел. с диагнозом F1(X).2, 29 (69,1%) - F10.2, 3 (7,1%) - F11.2, 1 (2,4%) - F13.2, 9 (21,4%) - F19.2. Средний возраст - $41,7 \pm 1,9$ лет. Группа сравнения – 60 чел. без синдрома зависимости. Исследование проводилось клиничко-психопатологическим методом. Диагностика осуществлялась согласно критериям МКБ-10. Обработка данных производилась с использованием пакет статпрограмм STASTIKA 6.

Результаты. Статистически значимо преобладание мужчин – 47,6% против 15% ($p=0,0004$). Образование: высшее и неполное высшее - 14,3% против 31,7% ($p=0,04$) и 2,4% против 16,7% ($p=0,018$), среднее специальное - 47,6% против 21,7% ($p=0,007$). Лица со случайным заработком 35,7% против 10,0% ($p=0,0019$). Пациенты с предшествующими суицидальными попытками 40,5% против 8,3%, ($p=0,0001$). В 1-й группе выявлено 4 (9,5%) пациента с ВИЧ-инфекцией, в группе сравнения пациентов с ВИЧ-инфекцией не было. 21 (50%) пациент состоял в браке, 4 (9,5%) – разведенных, 15 (35,7%) – холостых и 2 (4,8%) – вдовых. Доля вдовых была значимо выше в группе сравнения (23,3% против 4,8%, $p=0,015$). Среди психосоциальных факторов, влияющих на суицидальное поведение лиц с аддиктивной патологией, наибольший удельный вес составляют проблемы, связанные с близкими людьми (57,1%), с работой и безработицей (21,4%), с обстоятельствами жилищного и экономического характера (21,4%). Продолжительность лечения лиц с суицидальными попытками на фоне зависимости составляла от 5 до 27 суток. 76,2% пациента были выписаны домой, 16,7% под наблюдение ПНД и ГНД, 4,8% переведены в психиатрический стационар.

Таким образом, среди суицидентов с аддиктивной патологией выявлено преобладание лиц мужского пола, лиц трудоспособного возраста (31-50 лет), что указывает на социальный статус проблемы. У данной категории лиц отмечается более низкий образовательный уровень, профессиональная деградация, проблемы, связанные с семьей и обстоятельствами жилищного и экономического характера. С целью отравления суициденты чаще использовали психотропные средства, что при измененной реактивности организма существенно затрудняло лечение и увеличивало риск летального исхода. Трудности терапии также связаны с наличием сопутствующей соматической патологии. Фактор злоупотребления психоактивных веществ ассоциирован с повтором суицидальной попытки. Учет полученных данных может способствовать уточнению программ по профилактике суицидов у лиц с синдромом зависимости.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ОСУЖДЕННЫХ

Пронина М.Ю., Яхин М.И.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа
margaritayur@yandex.ru

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является чрезвычайно распространенной психопатологией у осужденных мужчин. По литературным данным от 24 до 67% осужденных мужчин страдали СДВГ в детском возрасте и от 10 до 60% имели его признаки на момент обследования. Особенности психики лиц с СДВГ являются импульсивное реагирование, особый «дезорганизованный» стиль поведения, аффективная неустойчивость и низкая толерантность к фрустрации. По некоторым данным, среди осужденных с СДВГ наблюдается повышенный уровень критических инцидентов даже по сравнению с осужденными с асоциальной психопатией.

Психотерапия лиц с СДВГ преследует цель сформировать у пациента адаптивные поведенческие стратегии, повысить уровень самоконтроля и предотвратить асоциальное поведение. Последние исследования показали эффективность когнитивно-поведенческой модальности в лечении взрослых пациентов с СДВГ.

Модель СДВГ в рамках когнитивно-поведенческого подхода признает ведущую роль нейropsychологических механизмов в развитии и поддержании данного заболевания. Дефицит внимания, самоконтроля и целевой мотивации создает условия для дезадаптивного поведения, нарушения самоорганизации и планирования, ограничивает возможности поиска и применения адекватных компенсаторных стратегий и копинг-механизмов, что приводит к дальнейшим нарушениям социального функционирования индивида. В свою очередь, такие нарушения, присутствующие с детства, делают пациента с СДВГ подверженным постоянным неудачам и формируют негативный личный опыт. Кроме того, пациент с детства часто получает негативную обратную связь от родителей, учителей, сверстников. Этот опыт ведет к развитию дезадаптивных негативных когниций (мыслей) и убеждений, которые снижают мотивацию к достижениям и способствуют избегающему поведению и эмоциональным колебаниям. Так замыкается «порочный круг», усугубляя трудности пациента в социальной адаптации.

Исходя из данных представлений и опыта зарубежных коллег, тренинг компенсаторных поведенческих навыков и, в особенности, их закрепление и сохранение, являются ключевыми моментами когнитивно-поведенческой терапии СДВГ. Учитывая особенности восприятия лиц с СДВГ, в обучении важна конкретность, четкость и неоднократное повторение. Помогая пациенту развивать компенсаторные стратегии, можно ожидать улучшения его социального функционирования. Когнитивные интервенции также помогают исправить дисфункциональные мысли и связанные с ними эмоции, способствующие избеганию, прокрастинации (откладывания дел) и отвлекаемости. Когнитивно-поведенческая терапия поможет разорвать связь между ключевой нейropsychологической патологией и нарушениями когнитивной и поведенческой сферы.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРА В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Пугачева М.И.

МБУЗ Станция скорой медицинской помощи, г. Уфа
rpbmzrb@mail.ru

Психические заболевания, особенно с затяжным течением нарушают трудовую деятельность человека, приводя к утрате трудоспособности, а следовательно и к инвалидности. Инвалидность психических заболеваний характеризуется тяжестью, выраженностью и стабильностью. До настоящего времени основными показателями в реабилитации инвалидов были данные о снятии с группы инвалидности и возвращении к труду. Однако более значимыми должны быть уровень и стойкость восстановленного здоровья, меняющие качественную сторону жизни инвалида. Полное восстановление утраченной трудоспособности при психических заболеваниях по данным главного бюро Медико-социальной экспертизы (МСЭ) г. Уфы составило в 2013 г. – 2,6%; 2014 г. – 2,2%; 2015 г. – 1,3% (в среднем 2%). За последние годы большинство исследователей и практиков в комплексе

реабилитационных мероприятий выделяют медицинское, социальное, трудовое и психологическое направление. Медицинский этап реабилитации предполагает правильность диагностики, адекватность и полноту проведения лечебных мероприятий, при психических заболеваниях – прогноз, обусловленного темпом течения, особенностями клинических проявлений, исходом заболевания.

Особое значение в комплексе реабилитационных мероприятий инвалидов с психическими заболеваниями приобретают трудовые рекомендации, наиболее значимые при установлении третьей группы инвалидности, в основе которой лежит частичная утрата трудоспособности, а также рациональное трудоустройство, обеспечивающее занятость больных согласно функциональным возможностям и личностным установкам. Актуальность данных факторов диктуется низкими показателями трудоустройства инвалидов третьей группы по данным бюро МСЭ г. Уфы как в городских условиях, так и в сельской местности. Из числа инвалидов, имеющих третью группу инвалидности были рационально трудоустроены в 2013 г. -80,6%, 2014 г. - 72,6%, 2015 г. - 61,3%. Следовательно, имеется тенденция к постепенному снижению числа трудоустроенных, что сказывается на материальной обеспеченности инвалидов.

Одной из причин затрудняющих рациональное трудоустройство инвалидов является изменяющаяся социально-экономическая ситуация в стране, что ведет к отсутствию реальных возможностей предоставления работы инвалиду в соответствии рекомендациями городского бюро МСЭ. Для трудоустройства инвалидов с психическими заболеваниями необходимы специальные условия труда в виде спеццехов, участков, но они к настоящему времени сокращаются, закрываются.

В г. Уфе возможность трудоустройства больных с третьей группой инвалидности остается крайне низкой, это категория инвалидов пока остается наименее защищенной. В период рыночных отношений одним из важнейших социально-психологических факторов, участвующих в социально-трудовой реабилитации инвалидов с психическими заболеваниями являются отношения к ним здорового окружения, которые на сегодняшний момент являются крайне неблагоприятными. Психически больные не принимаются на работу, сокращаются в первую очередь. В связи с этим социальный критерий при оценке трудоспособности больных психическими заболеваниями занимает ведущее место в оценке трудоспособности.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Распопова Н.И.

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы,
Республика Казахстан

pea83@list.ru

Психическая травматизация является сложным многокомпонентным феноменом, оказывающим существенное влияние на клинику и течение психических расстройств, однако его роль в формировании мотивов суицидального поведения при различных психопатологических состояниях остается недостаточно изученной.

Целью исследования явилось изучение влияния психогенных факторов на формирование суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 550 больных с психическими расстройствами, госпитализированных в «Центр психического здоровья» г. Алматы в течение двух календарных лет в связи с различными формами суицидального поведения. Основные методы исследования: клинико-психопатологический и математико-статистический.

Результаты. В клинической структуре психических расстройств у пациентов с суицидальным поведением более половины всех случаев составили шизофрения, шизотипическое и шизоаффективное расстройства – 58,2%, органические психические расстройства – 23,5%, расстройства, связанные со стрессом – 8,7%, расстройства личности – 4,5%, аффективные расстройства – 2,7% и умственная отсталость – 2,4%. Проведенные исследования показали, что степень влияния психотравмирующих факторов на формирование суицидального поведения при различных психопатологических состояниях была неоднозначной. По мере усложнения синдромальной структуры заболевания и нарастания его остроты в пресуицидальном периоде, вероятность влияния психотравмирующих ситуаций на мотивацию суицидального поведения прогрессивно снижалась. Наибольшее влияние психотравмирующие ситуации оказывали при

отсутствии продуктивной психопатологической симптоматики, когда клиническая картина психических расстройств в пресуицидальном периоде ограничивалась декомпенсациями расстройств личности или негативными расстройствами – 93,2% (психопатоподобные изменения личности, редукция энергетического потенциала, интеллектуально-мнестическое снижение и др.). При усложнении клинической картины психических расстройств от простых депрессивных синдромов (80,2%) до сложных (депрессии с бредом и галлюцинациями – 40,8%, синдром Кандинского-Клерамбо – 24,7%) частота выявления психотравмирующих ситуаций в пресуицидальном периоде статистически значимо снижалась вплоть до полного отсутствия какого-либо влияния психотравмы в состояниях кататонии и нарушенного сознания ($p < 0,05$). Клинические наблюдения показали, что влияние психотравмирующих ситуаций на формирование мотивации суицидального поведения может происходить только опосредованно через сохранные и патологически измененные структуры личности. По мере углубления психических расстройств возможность влияния личности на осознанность и произвольность принятия решений, а также совершения поступков прогрессивно снижается, в связи с чем, влияние психотравмирующих ситуаций на формирование мотивации суицидального поведения также резко падает. Таким образом, в исследовании доказана статистическая достоверность регресса степени влияния психотравмирующих ситуаций на суицидальное поведение при нарастании остроты и глубины психопатологических расстройств.

ПРИЧИНЫ ОТКАЗОВ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Решетникова А.В., Тарханов В.С., Тарханов Д.В.

ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань
savvich-65@mail.ru

ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» является единственным специализированным ЛПУ психиатрического профиля в регионе, осуществляющим все виды специализированной психиатрической помощи и психиатрической экспертизы. Стационар больницы рассчитан на 1167 коек. За 2015 г. на стационарное обследование и лечение поступило 5468 пациентов. Отказано в госпитализации в 269 случаях.

Основными ошибками при направлении на стационарное лечение, повлекшими отказы в госпитализации являлись:

1. Отсутствие показаний для стационарного лечения. Как правило, в этих случаях пациентам необходимо было решение социальных вопросов. Сюда относились пациенты, нуждающиеся в оформлении в специализированные дома-интернаты; пациенты, в силу психического заболевания, утратившие социальные связи и способность к самостоятельному проживанию; пациенты, нуждающиеся в решении вопросов дееспособности и осуществлении индивидуального ухода без выраженных психотических расстройств и с проявлениями госпитализма.

2. Наличие тяжелой соматической патологии при незначительной выраженности психотической симптоматики. Как правило, здесь имела место недостаточная оценка тяжести соматического состояния у гериатрических пациентов, а также у пациентов, находящихся в раннем восстановительном периоде после перенесенных ЧМТ, ПНМК, ОНМК. Сюда же относились необоснованные попытки переводов в психиатрический стационар пациентов с непсихотическими психическими расстройствами из стационаров соматического профиля.

3. Утяжеление диагноза вследствие ошибок дифференциальной диагностики алкогольного делирия у лиц с пределирioзными и субдепрессивными состояниями на фоне употребления алкоголя и других психоактивных веществ и у лиц с интоксикационно-обусловленными переходящими психотическими нарушениями;

4. Неверная диагностика суицидального поведения и неверная диагностика тяжелого психического расстройства при направлениях в психиатрический стационар с целью перевода из отделений острых отравлений.

В количественном отношении причины отказов в госпитализации в психиатрический стационар в 2015 г. представлены следующим образом.

Направление на госпитализацию лиц с преобладанием в статусе тяжелой соматической патологии - в 88 случаях (32,7%).

Отсутствие показаний для стационарного лечения при необходимости решения социальных вопросов - в 76 случаях (28,2%).

Отсутствие необходимых документов при плановой госпитализации, отсутствие свободных экспертных коек и др. - в 63 случаях (23,4%).

Отказ пациента от госпитализации при отсутствии показаний для недобровольной госпитализации - в 36 случаях (13,4%).

Гипердиагностика алкогольного делирия - в 6 случаях (2,2%).

Пациенты направлялись: бригадами специализированной психиатрической помощи в 76 случаях; диспансерным отделением №1 (обслуживание городского населения) в 48 случаях; диспансерным отделением №2 (обслуживание сельского населения) в 30 случаях; прочие - 114 случаев.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Родяшин Е.В.

ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень

tokpb@mail.ru

Целью работы явился анализ показателей деятельности психиатрического стационара в условиях обязательного медицинского страхования за последние десять лет.

Тюменская областная клиническая психиатрическая больница с 2005 г. одной из первых в России была включена в перечень организаций здравоохранения, работающих в системе обязательного медицинского страхования граждан. В последующем формировался порядок работы в этой системе, взаимодействия между ее участниками, отрабатывались соглашения, положения и тарифы, объёмы годового заказа для учреждения. В настоящее время объёмы медицинской помощи для стационарной службы измеряются в законченных случаях, тогда как понятие койко-дня используется лишь в статистике. Страховыми медицинскими компаниями регулярно проводятся медико-экономические экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, целью которых является контроль обоснованности госпитализации, длительности пребывания пациента в стационаре, повторность его поступлений в году, а также качество проведенного обследования и лечения.

В условиях обязательного медицинского страхования были проведены различные реорганизационные мероприятия, направленные на улучшение эффективности работы психиатрической больницы. Значительно повысились требования к организации работы по объёмам оказания медицинской помощи на основании более полного учёта всех ее показателей и направлений. Были усилены стратегические компоненты планирования, текущая деятельность учреждения стала строиться в соответствии с выполнением территориальной программы государственных гарантий.

Анализ показателей работы психиатрического стационара за последние десять лет в условиях обязательного медицинского страхования по данным годовых статистических отчетов выявил ряд положительных тенденций. Число коек в круглосуточном стационаре уменьшилось более чем на сто, тогда как число койко-мест в дневном стационаре было увеличено на 30, что соответствует современному приоритету в направлении развития стационар замещающих технологий. Средняя длительность пребывания пациента на койке снизилась примерно до двух месяцев. Оборот койки в году увеличился с 4,5 до 6,1. Работа койки в 2015 г. составила 340,6. Важно отметить, что за анализируемый период времени почти вдвое уменьшился процент пациентов (с 7,7% до 4,1%), находящихся в психиатрическом стационаре в течение года и более. В связи с повышением качества обследования и лечения больных в психиатрическом стационаре, а также усилением взаимодействия в работе амбулаторной и стационарной служб несколько снизилось количество повторных поступлений пациентов в больницу в течение года.

Положительные изменения в организации работы психиатрической больницы стали возможны также благодаря системной работе по повышению уровня квалификации медицинских сотрудников. Регулярное проведение рабочих совещаний, научно-практических конференций, клинических разборов больных совместно с кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО Тюменского ГМУ, вебинаров и телемостов по актуальным проблемам психиатрии способствовало улучшению

показателей работы психиатрического стационара. В последнее время особое внимание уделяется развитию корпоративной культуры и внедрению в полном объеме стандартов оказания специализированной медицинской помощи.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ И САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

Романова Е.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ
г. Москвы

dr.romanova@mail.ru

По данным ряда авторов суицидальные мысли в возрасте 14-24 лет возникают у 30% молодых людей. В некоторых исследованиях показано, что 45% девушек и 27% юношей размышляют о самоубийстве, суицидальные действия могут совершать 10% девушек и 6% юношей. У половины подростков 15-16 лет, совершающих попытки самоубийства, эти попытки не первые. При каждой повторяющейся попытке риск смерти возрастает, а суицидальный акт в таких случаях «лучше» подготовлен и менее импульсивен.

Материалы и методы. Обследовано 188 детей и подростков в возрасте 8-17 лет, поступивших в психиатрический стационар в экстренном порядке, у всех в числе жалоб при поступлении были суицидальные высказывания, угрозы, самоповреждающее поведение и/или суицидальные попытки (в т.ч. неоднократные). Средний возраст обследованных составил 12.8 ± 1.4 лет. Все пациенты проходили необходимое стационарное обследование и комплексное лечение.

Результаты. Среди обследованных чаще других (38,3%) диагностировались эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F9) (в т.ч. F91, F92 и F98). На втором месте с частотой 15,43% диагностировались органические психические расстройства (F0) (в т.ч. F06, F07), далее в 14,9% случаев - шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2) (в т.ч. F20, F21, F23, F25). Аффективные расстройства (F3) составили 11,17% (в т.ч. F31 и F32), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4) – 9,04% случаев (в т.ч. F41, F43 и F48). Умственная отсталость (F7) диагностирована в 8,51% случаев (в т.ч. F70, F71). Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5) и патохарактерологические формирования личности (F6) диагностированы соответственно в 1,6% и 1,06% случаев.

Если у пациентов с органическими психическими расстройствами, расстройствами шизофренического спектра и умственной отсталостью на первом месте стоит психофармакотерапия, а возможности психотерапии ограничены и играют скорее вспомогательную роль; то пациенты с расстройствами настроения, невротическими, связанными со стрессом и эмоциональными и поведенческими расстройствами детского и подросткового возраста представляют основной контингент (58,51%) нуждающихся в психотерапевтическом вмешательстве с первых дней нахождения в стационаре. Важно понимать, что работа специалиста с подростком не должна прекращаться и после завершения стационарного лечения.

Можно выделить следующие направления работы психотерапевта: 1) индивидуальная психотерапия (цели: коррекция эмоционального состояния, уровня социальной тревожности; коррекция самооценки, образа Я, уровня притязаний; коррекция степени перфекционизма; коррекция уровня стрессоустойчивости и фрустрационной толерантности, обсуждение возможностей совладания со стрессом, тренировка использования адаптивных копинг-стратегий, коррекция склонности к импульсивной агрессии; ключевым моментом при реализации указанных целей является обязательная коррекция особенностей мышления в концепции когнитивно-бихевиорального подхода); 2) семейная и 3) групповая психотерапия. Особо отметим необходимость консультирования родителей по основным вопросам превенции самоубийств (что может осуществляться как индивидуально, так и в «школе для родителей»).

ОКУЛЬТНЫЕ УВЛЕЧЕНИЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЛИГИОЗНОСТЬ КАК ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Рутковская Н.С.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

rutkovskayanatalja@yandex.ru

В религиозноведческой, философской, религиозной, психологической литературе имеются отдельные указания на возможное (предположительно отрицательное) влияние оккультного опыта на психическое здоровье человека. Роль религиозного фактора как предиктора суицидального поведения у психически больных в настоящее время изучена недостаточно. Имеются отдельные работы, посвященные влиянию религиозности и пребывания в сектах на клинические особенности и течение психических заболеваний. Еще менее изучена роль оккультных увлечений как предиктора суицидального поведения.

Цель работы: изучение влияния религиозного фактора на суицидальное поведение у пациентов психиатрического стационара.

Материалы и методы. Проведено клиничко-психопатологическое обследование 55 пациентов психиатрического стационара, у которых бредовые религиозные идеи и оккультные увлечения выявлялись в момент обследования, либо в анамнезе, и придавали своеобразную окраску клинической картине заболевания.

Результаты. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе (20 чел.) религиозные и оккультные идеи существовали только в рамках религиозного бреда. Во второй группе (35 чел.) у пациентов действительно наблюдались увлечения оккультного характера или имело место пребывание в сектантских организациях. Из 20 пациентов первой группы 14 человек лечились с диагнозом шизофрения. Прочие психические расстройства встречались значительно реже. Суицидальные тенденции в период обследования, либо в анамнезе, выявлялись у 11 пациентов (55%). У пациентов этой группы чаще имела место однократная суицидальная попытка - 8 чел. (40%), реже повторные суицидальные попытки - 2 чел. (10%) и суицидальные высказывания - 1 чел. (5%). Во второй группе присутствовали как пациенты, которые сами активно занимались экстрасенсорикой (15 чел), так и те, кто обращался к экстрасенсам с той или иной целью (9 чел.). Кроме того, часть пациентов, помимо увлечений оккультизмом, некоторую часть своей жизни провели в сектантских организациях (11 чел.). Из 35 пациентов второй группы 16 чел. лечились с диагнозом шизофрения, 4 – острое полиморфное психотическое расстройство, 1 - шизотипическое расстройство, 5 – аффективные расстройства (депрессивный эпизод, шизоаффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство), 3 - алкогольные психозы, прочие расстройства – 6 человек. Суицидальное поведение перед поступлением в стационар, либо в анамнезе, имело место у 24 пациентов (68,6%) второй группы. В том числе, однократная суицидальная попытка была у 12 пациентов (34,3%), повторные суицидальные попытки – у 8 пациентов (22,9 %), только суицидальные высказывания – у 1 пациента (2,9%). У 3 пациентов (8,6%) отмечались длительные периоды отказа от пищи по религиозно-бредовым мотивам с тяжелыми соматическими последствиями (эти больные являлись бывшими адептами сект).

Таким образом, суицидальное поведение наблюдается у значительной части пациентов, имеющих оккультные увлечения и отличающихся патологической религиозностью. При этом у больных с оккультными увлечениями и бывших адептов сект тяжесть суицидального поведения более выражена, чаще встречаются повторные суицидальные попытки.

«СПАЙСЫ» И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Рыбакова Л.Н.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва

laryb@mail.ru

Одна из проблем распространения наркотиков заключается в рассогласованности между антинаркотическим законодательством и отношением населения к наркотизации, которое проявляется и в опросах общественного мнения, и в бытовых разговорах, и в интернет-общении.

Вертикальные коммуникационные потоки (управление) «настроены» на единообразии, консолидацию универсальных устремлений различных групп населения. В этом контексте различие групповых интересов воспринимается как социальное отклонение, свойственное преимущественно нетипичным социальным группам («дно» или «сливки»). Социологические исследования 1990-х годов выявляли, что к наркотикам обращались преимущественно подростки и молодежь из «неблагополучных» семей и обеспеченных материально семей предпринимателей или чиновников. Вертикальные структуры власти обеспечивали консолидацию социума способами подавления, преследования, изоляции и стигматизации социальных отклонений.

Переход к информационному этапу цивилизации в дополнение к вертикальным интенсифицирует горизонтальные структуры организации социума (объединения по принципу совместного проживания в доме, общего досуга, совпадающих потребностей, общения в социальных сетях и т.п.). Активизируются не только «универсальные» с точки зрения социума устремления, но и локальные групповые интересы. Меньшинство приобретает больший вес в организации социального взаимодействия. Так, флешмобы позволяют группе незнакомых людей разово объединиться, чтобы заявить о своем единстве мнений.

В этом контексте отношение к наркотикам воспринимается как «личное дело». В интернете появляются сайты «травокуров» с описанием опыта употребления «спайсов», с обсуждением практик «контролируемого потребления» наркотиков и т.п. «Звёзды шоу бизнеса» признают публично, что в их среде наркотизация достаточно распространена. Все более широкие слои населения включаются в потребление психоактивных веществ. Популяризация «спайсов» во многом осуществлена способами виртуального общения групп по интересам, среди которых фиксируются сообщества продавцов зелья, искателей приключений, подражателей моде, представителей религиозных и этнических субкультур и т.д. Наряду с этим можно выделить ряд объективных признаков информационного общества, которые способствуют применению психоактивных веществ. Например, лавинообразное нарастание объемов информации, ускорение темпов деятельности, возрастающие нервные нагрузки и развитие конкуренции на рабочем месте, что побуждает к поиску средств для самолечения психики. Сюда же можно отнести развитие потребления и рост ценности досуга, поддерживающего мотивацию к «экстриму».

Дилемма заключается в сочетании вертикальных и горизонтальных коммуникационных потоков. Как показывает практика, просвещение вносит свой вклад в эти процессы, но при определенных условиях. Среди них «адресность» и адекватность информации о психическом здоровье, тонкая грань между агитацией и предупреждением. Законодательный запрет на «спайсы» не устранил эти вещества из жизни.

ОЦЕНКА ПРОТИВОПРАВНЫХ ДЕЙСТВИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОХОДИВШИХ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Рыбакова Т.В., Филимонова Е.Н., Бубнов А.А.

ГБУЗ « Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова», г. Пенза

RybakovaTania@yandex.ru

Цель исследования: изучение динамики больных с диагнозом шизофрения, которые проходили принудительное лечение в период с 2010-2015 г., а также определение динамики совершенных ими общественно опасных деяний (ООД) первично и повторно; профилактика как первичных, так и повторных ООД после проведенного принудительного лечения.

Материалы и методы. На всех больных, которые проходили принудительное лечение, были заполнены статистические карты учета судебно-психиатрической экспертизы. Всего обследовано 129 больных, из них с диагнозом шизофрения - 73. Было отмечено, что сами по себе психопатологические синдромы шизофрении не всегда являются основной причиной совершения какого-либо ООД, в том числе и агрессивного. Были изучены синдромы болезни, личностные особенности и социальная ситуация у больных шизофренией в первые три года после окончания принудительного лечения в связи с совершенной агрессией. Были использованы катамнестический, статический, клинко-психопатологический методы.

Результаты: С 2010 по 2015 гг. было выписано 47 больных. Они составили две группы: первая – без повторных ООД (30 больных) и вторая – с рецидивом ООД - 17. В первой группе причиной общественно-опасного действия больных в основном являлись острые психотические состояния (в частности аффективно-бредовые состояния в 11-ти случаях, галлюцинаторно-параноидные - в 19-ти случаях). В период

принудительного лечения у этих больных была полностью купирована психопатологическая симптоматика, после выписки из стационара они продолжали принимать поддерживающее лечение, у них была благоприятная микросоциальная среда, хорошие отношения с родственниками, которые постоянно контролировали их состояние. У больных второй группы причиной первично агрессивного ООД в основном были психопатоподобные расстройства, склонность к употреблению спиртных напитков, личностные особенности, неблагоприятная микросоциальная среда и только у 2-х больных ведущей причиной были психотические состояния. За время принудительного лечения психопатоподобные расстройства не были купированы в полном объеме, после выписки из стационара больные не принимали поддерживающее лечение, вновь злоупотребляли спиртными напитками, не смогли восстановить отношения с родственниками. Все это привело к повторным ООД, которые в 11-ти случаях были совершены в состоянии алкогольного опьянения, в 6-ти случаях агрессивные действия совершались в составе группы из нескольких человек.

Анализ причин первичного агрессивного ООД, а также характер ремиссии, социальных связей больного в период после проведенного принудительного лечения необходимо учитывать при определении риска совершения повторной агрессии. Повторные ООД совершали больные, у которых был психопатоподобный уровень психических расстройств, купирование которого во время предыдущего принудительного лечения было относительным, они уклонялись от посещения районного врача психиатра, не принимали поддерживающей терапии, игнорировали попытки родных о их социальной реабилитации, восстановили связи с криминальной средой, злоупотребляли алкоголем и наркотиками. Отмеченные тенденции необходимо учитывать при профилактике ООД психически больных, в том числе и при осуществлении активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Рычкова О.В.¹, Агибалова Т.В.^{1,2}, Козин В.А.²

¹ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии,

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

agibalovatv@mail.ru

Цель исследования: выявить влияние синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у врачей психиатров-наркологов на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью.

Материал и методы. Проведено обследование 107 врачей психиатров-наркологов на предмет наличия или отсутствия СЭВ и 60 пациентов с алкогольной зависимостью, наблюдавшихся в наркологических диспансерах. Использовались инструменты: опросник «Эмоциональное выгорание» по В.В. Бойко и неспецифический опросник качества жизни пациентов SF-36.

Результаты. Врачи психиатры-наркологи амбулаторных отделений выявили достоверно более высокие показатели СЭВ, по сравнению с врачами стационаров. В амбулаторных наркологических отделениях у 31,5% врачей психиатров-наркологов полностью сформирована фаза «истощения», для которой в далеко зашедших случаях «эмоционального выгорания» пассивная утрата интереса к пациенту может смениться активной антигуманистической философией. Исходя из этого очевидно, что профессиональная дезадаптация врачей психиатров-наркологов в виде СЭВ не может не сказываться на формировании продуктивного сотрудничества между врачом и пациентом. Для выявления корреляционных связей качества жизни пациентов с алкогольной зависимостью в период клинической ремиссии с уровнем СЭВ лечащего врача психиатра-нарколога в исследовании приняли участие врачи психиатры-наркологи (с их добровольного информированного согласия) амбулаторной практики (1 группа - 3 врача со сформированной и 2 группа - 3 врача с несформированной фазой «истощения» СЭВ). Каждый врач предоставил для обследования 10 пациентов, с верифицированным по МКБ-10 диагнозом F 10.202 – алкогольная зависимость в период клинической ремиссии более 1 года. На момент оценки качества жизни все пациенты находились в состоянии клинической ремиссии, лекарственной терапии не получали. Диспансерное наблюдение проходило в виде ежемесячного осмотра с сеансами рациональной психотерапии. У пациентов 1 группы, находящихся на диспансерном наблюдении у врачей психиатров-наркологов со сформированной фазой «истощения» и признаками профессиональной дезадаптации, уровень качества жизни достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у пациентов 2 группы, которые наблюдались у врачей

психиатров-наркологов с несформированной фазой. Значительное снижение качества жизни пациентов 1 группы объясняется снижением качества и объема оказания врачом психиатром-наркологом наркологической помощи. Врач, в силу выраженной клинической симптоматики СЭВ просто не в состоянии оказать качественную наркологическую помощь пациенту, особенно если больной нуждается в психотерапевтическом вмешательстве. Контакт пациента с лечащим врачом становится максимально формальным. Оказание наркологической помощи сводится к заполнению амбулаторных карт и различных отчетов. Именно врач (не медицинское оборудование, не современные лекарственные препараты) является ключевым звеном системы здравоохранения в целом и системы наркологической помощи в частности. Таким образом, повышение качества жизни пациентов, особенно длительно наблюдающихся (в течение 3-х и более лет) в наркологических диспансерах, возможно только при высоком потенциале физического и психического здоровья участкового врача психиатра-нарколога.

ПРОБЛЕМА МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА КОМПЛЕКСНОГО ЭКСПЕРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ РАКУРС

Савина О.Ф., Морозова М.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

psyhol1@yandex.ru, marina@serbsky.ru

При проведении комплексных психолого-психиатрических экспертиз базовой является проблема унификации экспертно-диагностического алгоритма, общего для всех экспертов, но с учетом специфики познаний и пределов компетенции каждого из них. В качестве основных звеньев такого можно выделить ниже перечисленные.

1. Задается диагностическая парадигма психического расстройства в системе категорий классификации болезней различных подходов (типологической, дименсиональной); выделяются дифференцирующие сущность и место данного расстройства в общем континууме.

2. Системообразующим является понятие «личность с психическим расстройством», что подразумевает многоаспектную диагностику: биологический уровень (психофизиологические, генетические, неврологические и др. характеристики), определяющий особенности функционирования субъекта как организма и задающий основы медицинского критерия психического расстройства с учетом сопутствующей соматической патологии, влияющей на специфическую феноменологию психических процессов и состояний; индивидуально-психологический уровень, включающий в себя преморбидные черты (преморбид как «барьер» или «предиктор») и специфику их изменения вследствие психического расстройства, порождающие иную структуру личности психически больного; социальный уровень, влияющие его микро- и макро-составляющих на социализацию, ее формы и способы, качество и уровень психического комфорта, адаптацию, защитные механизмы.

3. Психологическое исследование выявляет специфику когнитивных, эмоционально-волевых процессов, личностную структуру, образующих патопсихологический симптомокомплекс в системе норма – патология. Определяется представленность имеющегося психического расстройства в образе Я и структуре самосознания, воздействие патопсихологических нарушений на ведущие мотивационные образования, установки, структуру деятельности; механизмы выбора нормосообразного или отклоняющегося поведения с учетом личностной и ситуативной predisposition регуляции деятельности.

4. Итоговая диагностика психического расстройства является результатом комплексного интегративного подхода к оценке психики с учетом динамических характеристик, актуальной ситуации и индивидуальной реакции личности на нее. Определяется выраженность (качество) и место психического расстройства во временном континууме жизни больного. Раскрывается соотношение вклада и влияния на доказательность диагностического вывода суммы анамнестических данных, объективированных характеристик и собственно актуального психического статуса.

5. Экспертная оценка предполагает определение влияния биологических, психопатологических, патопсихологических и личностных составляющих на содержание и структуру деятельности в криминальной ситуации с учетом социальных воздействий на всех этапах ее развития. Должны учитываться ресурсы ретроспекции субъекта, личностные реакции, экспертные установки, варианты личностной защиты. Алгоритм процесса экспертного доказывания включает

ранжирование значимости критериев при оценке нарушений психической деятельности, интеграцию клинико-психопатологического и патопсихологического анализа с его проекцией на диагностику и криминальное поведение, а также прогнозируемую социальную опасность. Экспертный вывод базируется на определении уровня, качества и степени выраженности нарушений психики и регуляции в структуре деятельности.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

Саидхонова Ф.А., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

sayorababaraximova2010@gmail.com

Исследование тревожно-депрессивных нарушений с учётом личностных особенностей имеет актуальное значение для оптимизации психофармакотерапии и дифференцированного подхода в выборе психотерапевтического воздействия.

Цель исследования: определить характеристики тревожно-депрессивных расстройств у женщин (с учётом их личностных особенностей) для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы: были обследованы 30 женщин с тревожно-депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9-ом отделении Городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. В ходе исследования для оценки выраженности тревожно-депрессивной симптоматики применялась Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, а для определения личностных особенностей был использован Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI).

Результаты. Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1 по МКБ-10) выявлялось у 10 пациенток (33,3%), смешанный тип (F25.2) - у 8 женщин (26,7%). Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F32.1) - у 20% обследованных женщин, другие шизоаффективные состояния со смешанными аффективными расстройствами (F25.28) - у 6 женщин (20%). При исследовании личностных особенностей с помощью опросника MMPI среди всех обследованных были выявлены: демонстративный тип личности у 3 больных (10%), застревающий тип личности у 8 больных (26,7%), дистимический тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 больных (16,7%), в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, низко оценивали общее чувство благополучия. У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типом личности сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания и идеи самообвинения, формировало суицидальное поведение. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью тревожно-депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями.

По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто тревожно-депрессивные расстройства тяжёлой степени встречались у лиц с дистимическим типом личности. Тревожно-депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у лиц с застревающим и тревожно-боязливым типами личности. Лёгкие тревожно-депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с демонстративным типом личности. В зависимости от полученных результатов появляется возможность проведения эффективного курса лечения и выбора метода психотерапевтического воздействия при купировании тревожно-депрессивных расстройств.

МНОГОМЕРНАЯ ЭКСПЕРТНАЯ ДИАГНОСТИКА УГОЛОВНО-РЕЛЕВАНТНОГО АФФЕКТА

Сафуанов Ф.С.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им.В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

safuanovf@rambler.ru

При оценке и квалификации аффективных состояний нередко происходит смешение систем категорий, используемых в общей и судебной психологии, в юриспруденции. Актуальной задачей является уточнение системы психологических понятий в их соотношении с экспертными категориями и совершенствование методологии судебно-психологической экспертной диагностики аффекта.

В лаборатории психологии ФМИЦПН им. В.П. Сербского МЗ РФ разработан подход, позволяющий при определении объема судебно-психологического экспертного понятия аффекта учитывать принцип единства оснований классификации с выделением следующих осей:

- Механизм образования, в соответствии с которым целесообразно подразделять аффекты на реактивные (физиологические), развивающиеся в ответ на непосредственные острые психотравмирующие воздействия, и кумулятивные, развивающиеся в условиях длительной психотравмирующей ситуации.

- Характер аффективной реакции – аффект может протекать в виде эмоционального возбуждения (с взрывной разрядкой) или резкого роста напряжения. При этом возможны варианты с мобилизацией ресурсов для аварийного реагирования (взрыв, формирование аффективно насыщенной цели) либо с преобладанием хаотичной дезинтегрированной активности.

- Специфика протекания, в зависимости от которой могут выделяться аффекты типичные (соответствующие классическим представлениям о трехфазной динамике и феноменологии изменений восприятия, сознания и деятельности) и атипичные – с качественной трансформацией содержания и динамики фаз. Атипичные формы аффекта в основном определяются патоперсоналогическим фактором, в т.ч. и пограничным психическим расстройством.

При квалификации у подэкспертного уголовно-релевантного аффекта (как экспертной категории) необходимо включать в него следующий спектр психологических состояний – физиологического (реактивного) аффекта, протекающего всегда в форме возбуждения; кумулятивного аффекта, разрядка при котором может происходить как в форме взрывного возбуждения, так и внезапного роста напряжения. Кумулятивная форма аффекта может протекать как типичным способом, так и атипичным. При этом все указанные состояния должны отвечать признакам внезапности возникновения, в том числе – субъективной; развития их в ответ на острую фрустрацию или длительные психотравмирующие воздействия со стороны потерпевшего; наличия частичного сужения сознания и выраженных нарушений регуляции деятельности в момент совершения агрессивных действий.

Анализ решений Верховного Суда РФ по аффективным преступлениям 1997-2014 гг. позволил четко соотнести различные формы аффекта и других видов эмоциональных состояний с их юридическим значением и правовыми последствиями.

РЕГИСТРАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Колчанова Т.Г.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России,
ГКУЗ Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, г. Чита

sawt@list.ru

Имеющиеся данные, в том числе по Российской Федерации, демонстрируют значительные колебания показателя зарегистрированных суицидальных попыток на 100 тыс. населения: от 60 до 20 и более. Это обусловлено объективными трудностями по сбору данных даже по обращаемости в медицинские организации. Считается, что в анализ попадает приблизительно 1 из 4-10 случаев, при этом количество попыток самоубийства приблизительно в 10-20 раз превышает число завершённых суицидов на данной территории. Между тем актуальность регистрации незавершённых суицидальных действий заключается в необходимости развития кризисной помощи данному контингенту лиц с целью профилактики повторных парасуицидов.

В 2012 г. в Забайкальском крае было положено начало сбору информации о распространенности суицидальных попыток. Для этого была разработана краткая регистрационная форма, которая подается медицинскими организациями при обращении человека по поводу парасуицида. В целом, было проанализировано 1316 случаев парасуицида. Установлено, что обращаемость за медицинской помощью по поводу суицидальных попыток была максимальной в городах: Чита – 96,7 на 100 тыс. населения в 2012 г., 103,7 в 2013 г. и 81,2 в 2014 г.; Краснокаменск – 119,1 на 100 тыс. в 2012 г., 110,1 в 2013 г. и 135,5 в 2014 г.. В сельских районах показатели были существенно ниже – Шилкинский район – 56,6 на 100 тыс. в 2012 г., 73,0 в 2013 г. и 67,5 в 2014 г.; Борзинский район – 69,0 на 100 тыс. в 2012 г., 57,9 в 2013 г. и 64,9 в 2014 г. Если сравнивать с показателями по Чите десятилетней давности, то обращаемость стала чуть выше (2002 г – 88,2 на 100 тыс. населения; 2003 г. – 70,3; 2004 г. – 77,1), хотя, вероятно, это может быть связано и с более высоким уровнем регистрации суицидальных попыток в последние годы. Женщин среди обратившихся за помощью в медицинские организации по поводу суицидальных попыток было 65,1 %, мужчин – 34,9 % (соотношение 1,9:1). Суициденты были в возрасте от 9 до 97 лет, средний возраст составил $32,6 \pm 0,4$ года. Распределение по возрастным группам выглядит следующим образом: дети – 3,7 %; подростки – 9,0 %; 18-20 лет – 9,2 %; 21-30 лет – 31,2 %; 31-40 лет – 22,6 %; 41-50 лет – 10,9 %; 51-60 лет – 6,4 %; 61-70 лет – 3,0 %; 71 год и старше – 4,0 %. Установлено отчетливое увеличение попыток самоубийств с марта по июль, со снижением в осенне-зимний период. Способы парасуицидов были представлены в 63,2 % случаев самоотравлениями, в 24,6 % самопорезами, в 7,8 % попытками самоповешения, в 1,6 % падениями с высоты, в 0,5 % самострелами, в 0,1 % случаев самосожжениями, в 2,2 % другими способами. У женщин традиционно преобладали попытки самоотравления – 77,9 % (мужчины – 36,1 %; $p < 0,001$), у мужчин значительную часть составили самопорезы – 39,6 % (женщины – 16,6 %; $p < 0,001$) и попытки самоповешения – 14,6 % (женщины – 4,1 %; $p < 0,001$). Медицинскую помощь в амбулаторных условиях получили 27,1 % суицидентов, стационарную – 72,9 %. Получили консультацию психиатра – 46,1 % обратившихся; психотерапевта – 18,5 %; психолога – 12,5 %.

Таким образом, начавшаяся в Забайкальском крае регистрация суицидальных попыток продемонстрировала стабильно высокие показатели обращаемости населения за медицинской помощью после совершения суицидальных действий, что, безусловно, требует совершенствования доступности и качества работы специалистов с данным контингентом пациентов. При этом первые полученные результаты ставят задачи по улучшению процесса регистрации парасуицидентов.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Семакова Е.В.

ФГБОУ ВПО «Смоленский государственный университет», г. Смоленск

semaksmol@yandex.ru

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является одной из частых причин социальной дезадаптации ребенка. В основе механизмов формирования дезадаптивного поведения при СДВГ лежат рассогласование в деятельности многих биологических и психологической подсистем (изменения в функционировании центральной нервной системы, вегетативной нервной системы, эндокринной и иммунной систем) и клинико-психологические характеристики (дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность). Такая широкая представленность систем, участвующих в реализации СДВГ, объясняется механизмами регуляции, осуществляемыми группой мозговых структур, объединенных тесными связями в лимбическую систему головного мозга, включающую гипоталамус, являющийся надсегментарным контролером вегетативной и эндокринной регуляции. Гипоталамус принимает участие во многих процессах поддержания гомеостаза, процессах обучения и памяти, эмоций, вегетативных и др. функций, что объясняет сложные компоненты адаптационных нарушений при СДВГ. В этой связи актуализируется необходимость формирования междисциплинарного подхода в создании комплексной модели помощи при этом расстройстве.

На основе многолетнего опыта и лонгитюдного наблюдения за 573 детьми была разработана модель профилактики дезадаптивного поведения ребенка с СДВГ, в которой реализуются клинические, психофизиологические, нейропсихологические и инструментальные методы оценки состояния пациента. Модель подразумевает привлечение специалистов из смежных областей знаний

(медицина, психология, педагогика, социальная работа) и направлена на ребенка прямо и опосредованно через родителей и учителей.

Наиболее значимыми звеньями данной модели явились разработанные нами программы ЭВМ -- Медико-психологическая экспертная система «Оценка и прогноз развития школьника», «Система автоматизированной диагностики поведенческих особенностей и оценки условий развития ребенка», «Структурно-динамическая модель сопровождения развития креативности», программа «Формирование благополучного родительства».

Междисциплинарная модель сопровождения ребенка с СДВГ позволяет создать такие условия, при которых его физиологические, эмоциональные и интеллектуальные потребности будут удовлетворяться в достаточной мере на необходимом качественном уровне. Предлагаемые формы сопровождения при СДВГ должны стать фундаментом в формировании и закреплении социально одобряемых форм поведения при СДВГ, что обеспечит успешную адаптацию такого ребенка в социуме, станет основой профилактики девиантного поведения и укрепления психического здоровья.

МОТИВИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СИСТЕМЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ **Семенова Н.Д., Гурович И.Я.**

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
niyami2020@gmail.com

Проблема мотивации в контексте реабилитационного процесса – весьма актуальна и активно разрабатывается в медицине. Исходя из современного понимания реабилитации именно как «сберегающе-превентивной», разработано специальное вмешательство (по типу «модуля»), формирующее и удерживающее мотивацию пациента к реабилитации. Данное вмешательство, являясь одним из основных регуляторов реабилитационного процесса, оказывает динамическое и организующее влияние на пациента. Процессом мотивирования пациента к реабилитации, к личностно-социальному восстановлению, можно в какой-то степени управлять – стимулировать, организовывать, направлять, обеспечивать благоприятные условия. Таков авторский подход к работе с больными с тенденцией к утрате социальных ролей, низкой вовлеченностью в круг психосоциальных мероприятий.

Цель исследования: теоретическая и практическая валидизация вмешательства, формирующего мотивацию пациента к психосоциальной реабилитации.

При разработке модуля использовались принципы ряда подходов (адаптированные к особенностям целевой группы): модель изменения поведения, принципы «мотивирующей беседы», техники повышения Я-эффективности, приемы и навыки реалистического целеполагания, принципы «errorless learning» (обучения, исключая ошибки при выполнении заданий) и др. – при оптимальном сочетании факторов внешней и внутренней мотивации, делающем возможным их взаимно подкрепляющий эффект. Сформулированы основные принципы, задачи и этапы вмешательства, описана процедура проведения занятий для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, а также результаты практической валидизации модуля.

КОГНИТИВНЫЕ ИСКАЖЕНИЯ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ **Семенова С.В.**

ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт культуры», г. Санкт-Петербург
svetvas.semenova@yandex.ru

В настоящее время достаточно подробно изучены особенности эмоционально-волевой и личностной сферы лиц с наркотической зависимостью, в то время как особенности когнитивной сферы, рассматриваемые с позиции когнитивно-бихевиорального подхода, недостаточно исследованы.

Целью исследования было выявление когнитивных искажений у лиц с наркотической зависимостью. Под когнитивными искажениями понимаются систематические ошибки в мышлении или шаблонные отклонения, которые возникают на основе дисфункциональных убеждений. В

исследовании приняли участие 41 человек, мужчины и женщины 25-35 лет. Экспериментальная группа - 21 человек, употреблявшие наркотики от 3-х до 15 лет. Все наркозависимые имели стойкую ремиссию более 3-х лет и входили в сообщество анонимных наркоманов. 20 человек - условно здоровые составили контрольную группу.

Для изучения когнитивных искажений был использован опросник А.Бека и А.Вейсмана «Шкала дисфункциональных отношений» и авторский опросник, направленный на выявление автоматических мыслей и когнитивных искажений. Участников исследования просили описать свои мысли в 10 предложенных проблемных ситуациях, дав на каждую из ситуаций три варианта ответа. Высказанные обследуемыми суждения оценивались с точки зрения наличия или отсутствия типов когнитивных искажений описанных Беком.

Результаты исследования показали более высокий уровень проявления когнитивных искажений у лиц с наркотической зависимостью. Общий показатель выраженности когнитивных искажений составил 122,4 балла в группе наркозависимых, а в контрольной группе 98,9, различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

Данные авторской методики позволили провести качественный анализ и выделить наиболее типичные когнитивные искажения в группе зависимых от наркотиков лиц. Наиболее часто в ответах наркозависимых встречались такие когнитивные искажения, как навешивание ярлыков, чтение мыслей, минимизация, персональная ответственность и катастрофизация. Полученные результаты не позволяют дать однозначный ответ, связаны ли эти когнитивные искажения с когнитивными убеждениями, которые сложились еще в детстве или же какие-то травмирующие факты биографии повлияли на когнитивную картину мира. Наркозависимые склонны оценивать себя и ситуации с негативной стороны, давать глобальные обобщенные оценки окружающим, формулировать обобщающие негативные выводы, которые выходят за рамки проблемной ситуации. Такие особенности наркозависимых препятствуют формированию здоровых отношений с окружающими и конструктивных форм общения. Например, в предложенной ситуации о получении выговора от начальника все наркозависимые продемонстрировали когнитивное искажение в виде навешивание ярлыков (начальник «негодяй», «козел» и т.п.), в то время как условно здоровые признавали свою вину, брали ответственность за то, что не смогли выполнить поручение. Практически у всех наркозависимых проявилось такое когнитивное искажение как «чтение мыслей» при объяснении ситуации, почему коллега вышел с довольным лицом от начальника. Практически все отвечали, что ему повысили или дали зарплату. Условно здоровые не выдвигали подобных предположений, иногда говорили о том, то нужно будет узнать, что случилось. Таким образом, результаты исследования позволяют констатировать наличие когнитивных искажений у экспериментальной группы, предположить наличие большого потенциала в использовании когнитивно-бихевиоральной терапии у наркозависимых.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА БАЗЕ ЕДИНОГО ЦЕНТРА ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

Серебровская О.В., Портнова А.А., Дозорцева Е.Г., Смирнов И.И., Усачева Е.Л.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ
г. Москвы,

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

olga_srb@mail.ru

Сексуальное насилие, независимо от его формы, в большинстве случаев является серьезной психологической травмой, нарушающей весь ход психического и психосексуального развития. Рост преступлений против половой неприкосновенности детей и подростков определил важность детальной разработки методики психологического сопровождения потерпевших. Потерпевшие нуждаются в психологической помощи и поддержке, одним из первых этапов которой могут стать мероприятия, проводимые в рамках психологического сопровождения следственных действий.

Материалы и методы. С мая 2014 г. на базе ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой был открыт Единый центр защиты детей ДЗ г. (ЕЦЗД ДЗМ). В его структуру вошла круглосуточная служба «Телефон доверия», кабинет кризисной психологической помощи и кабинет психологического сопровождения следственных действий. Материалом послужили результаты проведения опроса 125

несовершеннолетних, пострадавших от преступлений против половой неприкосновенности. Возраст потерпевших: 2-16 лет. Изучены случаи внесемейного и внутрисемейного сексуального насилия. Методы: экспериментально-психологический, метод экспертных оценок, направленное наблюдение.

Результаты. Проведение допроса несовершеннолетних потерпевших регламентировано уголовно-процессуальным законодательством, однако профессиональное взаимодействие психолога с потерпевшим, составляющее суть психологического сопровождения следственных действий, включает в себя не только процессуально-регламентированные, но и непроцессуальные формы общения. Грамотное использование непроцессуальных форм общения, создание атмосферы безопасности и доверия, конструктивного и неформального диалога могут существенно повысить продуктивность всего следственного мероприятия. В структуре психологического сопровождения следственных действий можно выделить несколько этапов, которые составляют взаимосвязанную последовательность в деятельности медицинского психолога: организационный; коммуникативно-установочный; аналитический; реабилитационный. Структура ЕЦЗД позволяет проводить кризисную интервенцию и оказывать иную психологическую помощь, направленную на профилактику посттравматических расстройств.

Важным представляется наличие у медицинского психолога специальных знаний, которые позволяют правильно оценить весь комплекс наблюдаемых явлений и своевременно обнаружить первые симптомы формирования стрессового расстройства (особенно в случаях пролонгированного насилия).

В ходе психологического сопровождения следственных действий возможно решение двух взаимосвязанных задач: задачи уменьшения вторичной травматизации и профилактики стрессовых расстройств и процессуальной задачи - получения достоверных и максимально объемных показаний по делу. Процессуальная и психологическая задачи не противоречат друг другу при условии грамотной организации взаимодействия специалиста с ребенком.

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, РАБОТАЮЩИХ В АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ **Синеуцкая Е.О., Володин Б.Ю.**

ФГБУЗ «Центральная психиатрическая больница» ФМБА России, г. Электросталь,
ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Рязань
juna-rom@mail.ru

Основными отличительными признаками условий труда в атомной отрасли являются: повышенные нервно-эмоциональные нагрузки на персонал, которая обусловлена работой с радиоактивными и взрывоопасными материалами; осознание опасности и ответственности работы; выполнение производственных операций по жестким технологическим инструкциям; интеллектуальные и сенсорные нагрузки; монотонность производственных процессов; наличие вредных производственных факторов: ионизирующее и неионизирующее излучение. Все перечисленное может приводить работающих к хроническому психическому напряжению и существенно повышать риск возникновения невротических расстройств.

Было проведено пилотное обследование 22 пациенток, находящихся на лечении в ФГБУЗ ЦПБ ФМБА России, с целью выявления клинико-психологических особенностей невротических расстройств у работников указанной отрасли. Все пациентки имели диагноз соматоформное расстройство (соматизированное, ипохондрическое, соматоформное болевое расстройство и соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы). Из них во вредных и (или) опасных условиях труда работали 9 человек (основная группа), в обычных условиях труда – 13 (группа сравнения). Использовались клинико-anamnestический и экспериментально-психологический (торонтская шкала алекситимии) методы. У больных основной группы, в отличие от группы сравнения, в анамнезе чаще встречались психические расстройства, а алкогольная зависимость, напротив, реже. Женщины, работающие во вредном производстве, реже были удовлетворены супружескими отношениями. В целом можно говорить о большем семейном неблагополучии, как в родительских семьях, так и в актуальных семьях пациенток, работающих в опасных условиях. Среди больных основной группы преобладали лица имеющие среднее образование; в то время как среди пациенток группы сравнения – женщины с высшим образованием. В группе больных, работающих во вредных условиях, чаще встречались лица с истерическим типом личности, и значительно меньше с

тревожным и зависимым. В то время как у пациенток, работающих в обычных условиях труда, преобладал тревожный тип личности, и в меньшей степени истерический, обсессивно-компульсивный и зависимый типы личности. Лица, входящие в основную группу, имели ниже уровень алекситимии, чем те, кто входил в группу сравнения. Невротические расстройства в детстве (снохождение, страхи, ночные кошмары, энурез) встречались чаще у больных группы сравнения. Восприятие риска от ионизирующей радиации, опосредованное личными знаниями, мотивами, эмоционально-ценностным отношением, определяет чувствительность к психологическому стрессу воздействия, и здесь может иметь значение уровень образованности человека и личностные особенности.

Подводя итог приведенным данным, следует констатировать, что необходимо понять, каковы внутренние переживания работников, занятых на особых предприятиях по производству, утилизации или эксплуатации специальных ядерно-опасных изделий. Необходимо продолжить исследование клинических особенностей, преморбидных личностных характеристик, социального (в частности уровня образования) и семейного статуса.

РАБОТА С СЕМЬЕЙ КАК ОСНОВА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ

Скобло Г.В., Трушкина С.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва,

trushkinasv@gmail.com

Нарушения психического здоровья в раннем детстве в последние годы становятся темой, к которой обращается всё большее число специалистов: детских психиатров, медицинских, детских и семейных психологов, социальных работников, коррекционных педагогов. Это обусловлено впечатляющим ростом показателей заболеваемости у детей в данном возрасте (до 15-17%), что связано как с усовершенствованием методов диагностики, так и с увеличением неблагоприятных факторов среды. В связи с этим разработка новых, современных, подходов к ранней психопрофилактике становится весьма актуальной задачей.

Спектр психических нарушений у детей данной возрастной группы широк. Он включает в себя как тяжелые генетически и органически обусловленные состояния (расстройства аутистического спектра, олигофрении), составляющие в сумме не более 2-3% от общего числа случаев, так и значительно более распространенные умеренно и легко выраженные отклонения, преимущественно пограничного уровня. К ним относятся конституционально-органические расстройства (невропатии, СДВГ); поведенческие нарушения, связанные со сном, кормлением и питанием; тревожно-депрессивные, депривационные и постстрессовые расстройства; задержки психического и речевого развития и т.п. В международной «Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» (1994 г.; пересмотренная версия – 2005 г.) предлагаются методы стандартизированной клинической диагностики, которые позволяют определить детей, относящихся к группам риска, с целью проведения психопрофилактических мероприятий.

В первые три года жизни психическое здоровье ребенка больше, чем в другие возрастные периоды, связано с семьей, которая является для него практически единственным социальным окружением. Формирование неадекватных родительско-детских отношений может выступать предиктором развития ранних психических отклонений или утяжелять их первоначальные проявления. Возможна и обратная причинно-следственная связь: психическая патология у ребенка обуславливает возникновение тех или иных нарушений в родительском отношении к нему. Во всех этих случаях семью следует относить к группе риска по развитию или утяжелению психической патологии у ребенка и предусматривать ее участие в мероприятиях по первичной или вторичной профилактике.

В психопрофилактической работе с родителями детей раннего возраста могут быть использованы методы, разработанные Э. Пиклер. Они заключаются в обучении родителя ряду конкретных умений, связанных с предоставлением ребенку возможности свободного перемещения в безопасном пространстве, наблюдением без излишнего вмешательства, обеспечением предсказуемости для ребенка родительских действий, бережным отношением к телу ребенка и т.п. Рекомендуются также обучать родителей приемам построения эмоционального взаимодействия с маленьким ребенком, которые включают в себя проявление позитивных чувств к ребенку,

следование за его инициативой, положительные комментарии его действий и интересов, помощь в концентрации внимания для совместного восприятия окружающего, мягкое ограничение нежелательных поступков путем побуждения к альтернативному действию, поощрение ребенка в сдерживании агрессии путем переключения или использования телесного контакта. Возможно обучение родителей методике активного слушания. Как показал опыт, даже очень маленькие дети реагируют на интонации родителей, понимающих и принимающих их негативные эмоции, что способствует снижению их интенсивности.

Обратная связь от родителей свидетельствует об эффективности применения данных приемов в проведении как первичной, так и вторичной психопрофилактики.

ПРИНЦИПЫ И СТРУКТУРА ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ

Смирнов О.Р.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

oleg_rud_s@mail.ru

Известно, что у страдающих деменцией тревога встречается в 35-89% случаев. С помощью «Шкалы оценки психического состояния дементных больных пожилого возраста», можно оценить выраженность тревожного двигательного беспокойства, раздражительности, астении и нарушений концентрации внимания. Но, как показывает практика, метод оценки, предложенный авторами, недостаточно чувствителен, а конструктор шкалы не предусматривает возможность учитывать связи между этими расстройствами.

В наиболее известных шкалах: «The neuropsychiatric inventory» (NPI) и «Behavioral pathology in Alzheimer's disease rating scale» (BEHAVE-AD) тревога выделяется и оценивается изолированно от других расстройств, хотя многие из них либо связаны с ней, либо являются прямым её выражением. Недостатками таких шкал являются ограниченное число источников информации, субъективная оценки частоты и выраженности нарушений, большой период ретроспекции (до 4 недель), невозможность оценить остроту состояния и структуру синдрома. Развитие подхода, реализованного в шкале «Hamilton Anxiety Rating Scale» (HAM-A) было продолжено при создании шкалы «Rating Anxiety in Dementia» (RAID). Круг источников информации был расширен, но она так же, как и HAM-A, не позволяет судить о структуре тревожного синдрома. Система оценок, основанная на принципе «больше/меньше», вновь делает такой подход слишком субъективным.

В соответствии с актуальностью данной проблемы был проведен вторичный анализ данных, полученных в результате многолетнего наблюдательного исследования тревожных состояний при деменциях позднего возраста (общее число наблюдений 335).

Целью работы было выявление наиболее частых и объективных признаков тревоги и разработка оптимального диагностического алгоритма. Задачами были не только сокращение числа обязательно оцениваемых параметров психического статуса, но и выработка правил верной квалификации и группировки симптомов, что являлось необходимым основанием для разработки оригинальной шкалы оценки тревожных состояний при деменциях позднего возраста (ШОТС).

Результаты. Были выработаны следующие принципы:

- 1) необходимо использовать максимально возможное число источников информации;
- 2) следует «оценивать симптом, как он есть» за исключением случаев с достоверно установленной какой-либо иной (не связанной с тревогой, но способной вызвать симптом) причиной;
- 3) порядок оценки должен соответствовать естественному характеру и особенностям повседневной клинической практики;
- 4) ретроспективный период не должен превышать 7 дней.

Шкала представляет собой перечень из 17 пунктов, разделенных на 3 блока: 1) блок симптомов, выявляемых в процессе динамического наблюдения, 2) симптомы, выявляемые при физикальном осмотре; 3) симптомы, выявляемые при непосредственном наблюдении больного и во время беседы с ним.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕТСКОГО АУТИЗМА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Собиров Ж.А., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

yavada@mail.ru

В последнее десятилетие отмечается повышение интереса к проблеме расстройств аутистического спектра у детей, что отчасти связано с ростом распространенности такого рода нарушений. В МКБ-10 детский аутизм выделен рубрикой F84.0 и определяется как нарушение психического развития, которое характеризуется аутистической формой контактов с окружающими, расстройствами речи и моторики, стереотипностью деятельности и поведения, приводящими к нарушениям социального взаимодействия.

Цель исследования. Изучение особенностей формирования детского аутизма, протекающего с задержкой психического развития.

Материалы и методы. Проведено обследование 12 детей с детским аутизмом, получавших лечение в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента в возрасте от 5 до 11 лет. В работе использовались психопатологический метод с наблюдением детей, психометрический метод на основе использования следующих шкал: оценки детского аутизма (Childhood Autism Rating Scale — CARS, шкалы развития «психолого-педагогический профиль» (Psychoeducational Profile — PEP), позволяющей определять глубину задержки психического развития.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования выявлено, что формирование синдрома детского аутизма было связано с перенесенным манифестным эндогенным состоянием. В доманифестном периоде во всех случаях отмечалось искаженное психическое развитие. Дизонтогенез аутистического типа - от легкого до значительно выраженного предшествовал развитию данного состояния у 7 (58,3%) больных, у 5 из них аутизация была резко выражена. Эти дети на протяжении первого года жизни были вялыми, пассивными, не реагировали на дискомфорт, не отличали мать от других людей и не просились на руки, мало интересовались игрушками. Глазной контакт был недостаточным, мимолетным или быстро иссякающим. Аутизация часто сочеталась с отставанием в развитии речи и в большинстве случаев со своевременным формированием крупных моторных актов. У 5 (41,7%) детей аутистических симптомов в доманифестном периоде не отмечалось, однако психомоторное развитие было неравномерным. При своевременном формировании моторных навыков выявлялось либо преждевременное — у 3 (25%) больных, либо запоздалое — у 2 (16,7%) произнесение первых слов. У всех больных отмечалась выраженная диссоциация в развитии отдельных сфер психической деятельности.

Таким образом, формирование детского аутизма характеризуется качественным своеобразием клинико-психопатологических проявлений. Степень тяжести нарушений развития и динамика формирования синдрома детского аутизма связаны с типом течения заболевания.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Соколова Н.Н., Хрящев А.В., Тарханов В.С., Денисова Е.А.

ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань

savvich-65@mail.ru

Расстройства аутистического спектра являются своеобразной формой искаженного асинхронного психического развития. Основные признаки заболевания характеризуются выраженной недостаточностью или полным отсутствием стремления к контакту с окружающими, отгороженностью от внешнего мира, речевыми нарушениями и стереотипным поведением.

В Астраханской области динамика зарегистрированных случаев аутизма в течение последних 4-х лет, как и во многих регионах Российской Федерации, характеризуется устойчивым ростом. Детям с диагнозом детский аутизм на базе детского отделения ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» рекомендуется применение комплексной психофармакотерапии с учетом индивидуального психического состояния ребенка-аутиста. Назначения препаратов психиатром осуществляются с письменного согласия родителей, которым предоставлялась вся информация об этой группе лекарственных средств. Специфической терапии расстройств аутистического спектра не

существует. Основная цель лечения – это воздействие на психопатологические симптомы. Все виды лечебных воздействий применяются на основании индивидуальной оценки состояния ребенка-аутиста.

Полученные данные нашего исследования основаны на анализе терапии 11 аутичных детей в возрасте от 4-х до 10-ти лет в условиях детского отделения больницы в период с 2011 г. по 2015 г. Фармакотерапия включает нейрореплептические, антидепрессанты, противосудорожные средства (в качестве нормотимиков), нейропротекторные препараты и ноотропы. Все применяемые в детском отделении лекарственные препараты включены в стандарты специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра), утвержденного Приказом МЗ РФ от 02.03.2015 г. № 32н и назначаются детям в соответствии с инструкцией по применению с учетом массы тела и возраста.

Комплексная медикаментозная терапия расстройств аутистического спектра способствует повышению речевой активности, способности к контакту, улучшает интеллектуальную продуктивность, способствует снятию продуктивной болезненной симптоматики (тревоги, страхов, психомоторного возбуждения, навязчивых явлений), поднятию общего и психического тонуса. Пролонгированная поддерживающая терапия расстройств аутистического спектра является неотъемлемой частью комплексной клинико-психолого-педагогической коррекционной тактики.

СОТРУДНИЧЕСТВО ПСИХИАТРОВ И СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ: ОБРАЗОВАНИЕ ДЛЯ ЖУРНАЛИСТОВ

Солдаткин В.А., Перехов А.Я.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону
perekhov_a@mail.ru

Масс-медиа (ММ) обладают способностью многогранно и существенно воздействовать как на общественное сознание, так и на психику отдельных граждан. В частности, на: адекватность и уровень знания, осведомленность, мировоззрение, эмоциональное состояние, систему жизненных ценностей, а также систему отношений, в т.ч. к психиатрии, к психиатрам, к психически больным, к психиатрической службе. Опосредовано и прямо ММ могут влиять на состояние психического здоровья, как положительно, так и негативно, а также на уровень стигматизации и дестигматизации психически больных, психиатрических служб и психиатров.

Среди этических принципов ВПА одним из важнейших является сотрудничество со средствами массовой информации. Психиатры должны уйти от профессионального скепсиса по отношению к журналистам, уйти от переоценки своей собственной роли в подготовке и публикации материалов из сферы психиатрии, взять на себя роль активного партнера в формировании политики ММ в области психиатрии и ее реализации.

В плане изменения парадигмы взаимодействия с ММ с начала 2000-х гг. была предложена додипломная теоретическая подготовка журналистов в области психиатрии. С этой целью по инициативе психиатров, в Южном Федеральном Университете был введен специальный учебный курс «психиатрия для журналистов» в объеме 36 часов. Цель курса «психиатрия для журналистов» – практическая реализация этического принципа мировой психиатрии о сотрудничестве с ММ – конструктивном, дестигматизирующем психиатрию.

В задачи курса входят следующее: Воздействие на квалификацию, этику и мировоззрение журналистов при подготовке и выпуске материалов из области психиатрии. Активное вовлечение журналистов в конструктивное сотрудничество с психиатрами; демонстрация современных достижений и возможностей психиатрии. Аналитический обзор недостатков и негативных проблем в области психиатрии с демонстрацией путей их преодоления, роли и возможностей ММ в этом процессе. Разбор возможностей ММ воздействовать как позитивно, так и негативно на состояние психического здоровья населения – формы и способы. Совместное изучение отдельных нозологических форм и их связи с наукой, искусством, некоторыми негативными проблемами современности; изучение стигматизации психиатрии и ее социальных, психологических, организационных и медицинских последствий. Отражение в судьбах больных состояния психиатрических служб. Роль и позитивные последствия дестигматизации психиатрии. Роль и место ММ в этом процессе: анализ правовых и этических проблем психиатрии и их конструктивного

отражения в ММ; обзор актуальных проблем современной психиатрии, их значения для общества, экономики, криминальной ситуации, привлечение ММ к их освещению и преодолению негативных последствий; ознакомление с новыми и эксклюзивными журналистскими нишами в области психиатрии.

Практическая подготовка будущих журналистов: курсовые и дипломные работы; пресс-конференции с преподавателем; подготовка и выпуск в свет в средствах ММ материалов из области психиатрии по заданным темам с решением поставленных преподавателем задач; деятельное формирование позитивного сотрудничества молодых журналистов с молодыми психиатрами в виде тематических пресс-конференций (с клиническими ординаторами 2-го года обучения, аспирантами и др.).

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ (СЭВ) У СОТРУДНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ г. МОСКВЫ

Соколов Е.Ю., Магурдумова Л.Г.

Московский научно-практический центр наркологии ДЗ г. Москвы,
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ психиатрии, г. Москва
jane_123@list.ru

С целью выявления синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) обследован 31 сотрудник психиатрической больницы. Врачи психиатры составили 18 человек, 4 психотерапевта, 5 психологов, 1 дерматолог, 1 невропатолог, 2 административных работника. Статус врача представлял специалистов от рядового врача до заведующего психиатрическим отделением, заместителя главного врача психиатрической больницы. Возраст составил 25 – 75 лет. Стаж работы в психиатрии от 8 месяцев до 40 лет. Соотношение женского и мужского контингента 55% и 45%.

Низкий уровень СЭВ обнаружен у 32,3 % (10 человек) в возрасте 25 – 75 лет со стажем работы в психиатрии 8 месяцев - 28 лет. Средний уровень СЭВ наблюдается у 41,9% (13 человек) в возрасте 25-69 лет, с рабочим стажем от 1 года до 40 лет. Высокий уровень СЭВ отмечен в 25,8% (8 человек) в возрасте 34-50 лет со стажем работы 10-30 лет.

Низкий, начальный уровень СЭВ (как и последующие средний и высокий уровни), отмеченный уже у 32,3% работников, связан, вероятно, с повышенной производственной нагрузкой и с отсутствием гармонии напряженного умственного стрессового труда и отдыха.

По стажу работы в психиатрии: до 4х лет - 22,6% из всего числа обследованных, 5 – 9 лет – 9,7%, 10-14 лет- 22,6%, 15-19 лет- 19,3%, 20 и более лет – 25,8%. Относительно появившееся быстрее (до 4х лет) эмоциональное выгорание вплоть до среднего уровня, вероятно, вызвано какими-либо неудовлетворенностью сотрудника на прежней работе, стрессовыми ситуациями, соматическими заболеваниями в анамнезе, акцентуациями.

Низкий уровень в 16,1% случаев при стаже работы в психиатрии в 15 – 20 лет, и старше (25, 28 лет) говорит о наличии достаточных резервных возможностях человека, которые помогают ему длительное время преодолевать производственные нагрузки. Достаточная жизнестойкость отмечена у личностей активной жизненной позицией. У 31 сотрудника выявлены показатели, дополняющие указанный СЭВ. Это деперсонализация и редукция личностных достижений, являющиеся также следствием переутомления организма при интеллектуально-эмоциональных перегрузках. По степени развития тяжести они, как и эмоциональное выгорание, подразделяются на низкий, средний и высокий уровни. Результаты этих показателей следующие: Деперсонализация. Низкий уровень обнаружен у 25,8% сотрудников, средний – у 38,7%, высокий – у 35,5%. Редукция личностных достижений. Низкий уровень отмечен у 6,4%, средний – у 22,6%, высокий – у 71%.

Наблюдается снижение, истощение энергетического потенциала при интенсивной монотонной умственной работе с психическими больными, когда имеет место изменение в отрицательную сторону эмоциональных, личностных, поведенческих, волевых и других особенностей специалиста, что может способствовать и соматическим расстройствам.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХИАТРА И КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Соловьева С.Л.

ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

S-Solovieva@ya.ru

В структуре помощи психически больным ставится акцент на реабилитацию, которую должны осуществлять как психиатры, так и клинические психологи. Психиатры, как эксперты по психическому здоровью, которые принимают решения и несут ответственность за жизнь и здоровье пациентов, в отличие от клинических психологов, фактически не несущих ответственности за последствия своего профессионального вмешательства, являются ключевой фигурой в организации и проведении реабилитации. Психиатр, контролирующий состояние здоровья пациентов, определяет степень и направленность психологической интервенции.

Основой реабилитации в психиатрической клинике является парадигма био-психо-социальной концепции болезни, в соответствии с которой помощь пациентам осуществляется бригадой специалистов, включающей в себя психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, социального работника и, при необходимости, других специалистов. Бригадный метод работы имеет в своей основе представление о том, что психически больной, помимо того, что он является больным, сохраняет статус личности, имеющей право по мере возможности, с учетом ограничений, накладываемых болезнью и под контролем специалистов по психическому здоровью, участвовать в жизни общества, в профессиональной деятельности, что предполагает возможность отношения к нему не только с клинических позиций, но и с позиций психологических, как к личности с ее широким спектром психологических реакций, с возможностью общения с пациентом на психологическом языке.

Взаимодействие врача-психиатра и клинического психолога осложняется тем, что обе категории специалистов используют одни и те же термины – тревога, агрессия, астения и т.д.,- но вкладывают в них разное содержание: врачи – клиническое, психологи – психологическое. Поскольку врач является ведущим специалистом, предполагается знание психологом клинического содержания терминов и основ клинического мышления, что позволяет ему понимать психиатра. Однако на практике психолог, имеющий немедицинское, гуманитарное образование, обнаруживает, что такой клинический подход к больному, когда все специалисты по психическому здоровью, объединенные бригадным методом работы, ориентируются на клиническое мышление и на клиническое содержание терминов, игнорирует психологическую природу пациента. При этом проявления пациентом тревоги или депрессии интерпретируются в терминах психотической тревоги и психотической депрессии. В соответствии с логикой подхода психологическая интерпретация эмоциональных реакций психически больного исключается, психолог становится лишним специалистом.

Для подобного отношения врачей к психологическому сообществу есть основания: в отличие от медицины, в которой стандарты оказания медицинской помощи четко сформулированы, соблюдаются и контролируются, в клинической психологии стандартов оказания психологической помощи психически больным не создано: психолог со своими знаниями современных теорий личности и методов психологического вмешательства не вооружен конкретными психологическими технологиями, разработанными, обоснованными и апробированными в отношении конкретных групп больных.

ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ: ВКЛАД В ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТОЙНОЙ ЖИЗНИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПОМОЩИ

Солохина Т.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

tsolokhina@live.ru

Если в первые годы действия Федерального закона «Об общественных объединениях» (1995), общественные организации (ОО) в области психического здоровья были единичными, то сейчас их число составляет многие сотни. Актуальной задачей является постоянный сбор данных в мониторинговом режиме о таких ОО.

Цель исследования. Проанализировать деятельность ОО, определить их роль и место в системе психиатрической помощи, в российском обществе.

Материалы и методы. Изучена деятельность около 200 ОО г. Москвы, Московской области, г. Санкт-Петербурга, других городов России. Использован метод сравнительного анализа.

Результаты. Цели ОО схожи – повышение качества жизни имеющих проблемы с психическим здоровьем, борьба с дискриминацией и стигматизацией, что определяет конкретные задачи, их роль и место в обществе и психиатрической службе. Организационно-правовые формы ОО представлены, как не имеющими членства фондами и автономными некоммерческими организациями, так и основанными на членстве ОО (преобладают, составляя более 70%). Деятельность ОО многообразна и включает направления, среди которых в наибольшем объеме представлена психологическая и психотерапевтическая помощь детям и взрослым, их социально-психологическая реабилитация; в наименьшей мере оказывается социально-трудовая реабилитация, правовая поддержка и юридическая помощь, несмотря на высокую потребность в ней (около 75% семей психически больных). Ряд ОО оказывает педагогическую помощь, предоставляет поддержку в сфере образования, социальной защиты, физической культуры и спорта, искусства и культуры. Анализ деятельности ОО показал, что многие из них выполняют инновационные программы, создали эффективные формы помощи: РОО «Клуб психиатров», РБОО «Семья и психическое здоровье», ООИ «Новые возможности», РОО «Круг». Именно ОО присущ партнерский стиль взаимоотношений, коллективные действия в инновационном формате, демократический стиль управления. Однако, заинтересованные лица и организации – пользователи помощи, работники психиатрических служб, не имеют достаточной информации об их деятельности.

Выводы. ОО представляют важное звено психиатрической помощи, которое при более благоприятных социально-экономических условиях, поддержке государства, местных сообществ и общества в целом, может преобразоваться во влиятельную структуру, способную активно и эффективно участвовать в обеспечении достойной жизни лиц, имеющих проблемы с психическим здоровьем, и их семей.

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТМЕНЕ КУРЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Сперанская О.И., Смирнов В.К.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
speranskaya08@mail.ru

Основными принципами организации и проведения специализированной медицинской помощи курящим лицам являются применение методов клинко-дифференцированной диагностики и терапии различных клинических форм табачной зависимости и комплексный подход к лечению.

Комплексный подход к терапии табачной зависимости предусматривает широкое использование, наряду консультативной и психологической помощью, лекарственных и немедикаментозных методов лечения – рефлексотерапии, психотерапии, биологической обратной связи, биорезонансной терапии, гомеопатии, фитотерапии, нормобарической гипокситерапии, других методов.

Обязательными условиями осуществления специализированной помощи лицам с табачной зависимостью являются:

- включение одного из препаратов никотинозаместительной терапии – пластырей, капель, ингаляторов, жевательных резинок, содержащих никотин или средств, непосредственно воздействующих на никотиновые рецепторы – варениклина (чампикса), табекса;
- применение препаратов психофармакотерапии (как правило, в минимальных дозировках, не нарушающих режима активной жизни и трудовой деятельности пациентов, отказывающихся от курения);
- применение методов психотерапии – рациональной, гипносуггестивной, когнитивной;
- широкое использование немедикаментозных методов.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Станько Э.П.², Игумнов С.А.¹,

¹ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва,

²УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь
sigumnov67@gmail.com

Предмет исследования – клинические, социальные и психологические характеристики ВИЧ-позитивных (ВПН) и ВИЧ-негативных пациентов (ВНН) с опийной зависимостью до и после лечения, на этапе становления и стабилизации ремиссии. Настоящее исследование, является сочетанным (кросс-секционным и лонгитудинальным) с регулярным мониторингом (6-кратное исследование) отслеживаемых параметров до и после лечения, на этапе катамнестического наблюдения – спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Клиническое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP, по протоколу с использованием индивидуальной регистрационной карты учета данных.

Обследовано 376 ВПН (I группа) и 444 ВНН (II группа). В основную группу включены пациенты с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» F11.2x и «ВИЧ» B20, удовлетворяющие критериям МКБ-10. Возраст ВПН варьировал от 13 до 53 лет, средний возраст составил 32,9 года (SD=5,54); мужчин – 33,7 года (SD=5,59); женщин – 30,8 лет (SD=4,86). Длительность заболевания составляла 10 и более лет. В группу наблюдения не вошли пациенты, не согласившиеся на обследование, при наличии синдрома отмены, с выраженными органическими изменениями личности, острым психотическим расстройством, обострением психического расстройства и декомпенсацией соматического заболевания, умственной отсталостью, шизофренией. Группой контроля служили здоровые лица.

Для оценки динамики клинико-психологических и психосоциальных характеристик ВПН использовался комплекс методик, включающий опросник MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), опросник «Symptom Checklist-90-Revised» (SCL-90-R), шкалу социального функционирования (ШСФ) и шкалу патологического влечения к наркотикам (ШПВ). Приведены результаты клинико-психологического исследования динамики опийной зависимости у ВПН и ВНН до и после лечения, на этапах становления и стабилизации ремиссии.

Результаты исследований свидетельствуют о наличии более тяжелых нарушений исследуемых параметров у ВПН, чем у ВНН. Установлено, что лечение позволяет снизить уровень проблем, связанных с потреблением наркотиков и ВИЧ-инфекцией. Однако кратковременная одномоментная терапия позволяет достичь лишь клинического улучшения, а не стабилизации психосоматического состояния ВПН с опийной зависимостью, что указывает на необходимость разработки тактики ведения ВПН с учетом их потребностей, предусматривающей проведение длительных, комплексных лечебно-реабилитационных программ, включающих психофармакотерапию, психотерапию и комплекс мер по ресоциализации данных пациентов.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ПОТРЕБИТЕЛЯМИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Станько Э.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь
edk_st@mail.ru

С целью оптимизации диагностики и лечения ВИЧ-инфицированных потребителей наркотических средств (ПНС) нами разработан порядок оказания медицинской помощи ПНС, инфицированным ВИЧ. Метод предназначен для врачей психиатров-наркологов, врачей-инфекционистов и врачей других специальностей, оказывающих медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным ПНС.

Организация медицинской помощи ВИЧ-инфицированным ПНС предусматривает следующие этапы и порядок действий: выявление психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением наркотических средств у пациентов с ВИЧ-инфекцией (1 этап); оценка психосоциального статуса ВИЧ-инфицированных ПНС (2 этап); обследование ПНС на ВИЧ-инфекцию

(3 этап); порядок оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным ПНС (4 этап); профилактика рецидива наркотизации и низкой приверженности антиретровирусной терапии (5 этап); мониторинг мероприятий по организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным ПНС (6 этап).

Выявление психических и поведенческих расстройств у пациентов с ВИЧ-инфекцией, связанных с употреблением наркотических средств (НС) проводится с целью установления или подтверждения диагноза зависимости от НС, определения тактики ведения пациентов и направления в смежные медицинские и немедицинские службы при необходимости.

Проведение оценки психосоциального статуса ВИЧ-инфицированных ПНС предусматривает выявление причин развития дисфункционального поведения пациентов вследствие наличия у них психических и поведенческих расстройств, социальной нестабильности, способствующих ухудшению соблюдения пациентами лечебного режима. В совокупности с выявленными психосоциальными проблемами у ВИЧ-инфицированных ПНС оценивают тяжесть медицинских проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, влияние различных факторов на уровень их социального функционирования.

Первичное обследование на ВИЧ/СПИД пациентов, являющихся ПНС проводится по общепринятой схеме обследования на ВИЧ/СПИД лиц, не употребляющих наркотики. Оценка риска инфицирования гемоконтактными инфекциями при рискованном поведении ПНС проводится с использованием стандартных опросников. Врач-психиатр-нарколог и врач-инфекционист совместно определяют и организуют по показаниям объем дополнительных исследований (иммунный статус, вирусная нагрузка, оппортунистические инфекции).

После детоксикации следует назначать препараты для профилактики рецидива, снижающие эйфорию, делающие менее приятным эффект от наркотических средств, ослабляющие к ним тягу. Если ВИЧ-инфицированные ПНС получают препараты для профилактики рецидива одновременно с антиретровирусной терапией, необходимо тщательное наблюдение для выявления возможного лекарственного взаимодействия.

Мониторинг эффективности лечения ВИЧ-инфицированных ПНС проводится различными методами. Следует планировать и регулярно корректировать лечение наркозависимости и ВИЧ-инфекции, указывать цели лечения (ближайшие, среднесрочные, долгосрочные), по результатам достижения которых можно судить о терапевтической результативности.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ШИЗОФРЕНИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ

Старинская Е.О., Корнетов Н.А.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Томская клиническая психиатрическая больница, г. Томск
korn@mail.tomsknet.ru

В течение последних 3 лет группой врачей, клинических психологов и социальных работников медико-психологического центра (МПЦ), были апробированы новые способы работы с пациентами, расширяющие влияние психосоциальной реабилитации (ПСР).

Задачей исследования является краткое изложение последовательности обучения и подготовки врачей для качественного проведения образовательных программ пациентам, страдающим шизофренией и их родственникам.

Материалы и методы. 5 врачей психиатров и три клинических психолога разрабатывали основные методы проведения занятий с пациентами и их родственниками. Апробация занятий проводилась в группах по 10 - 12 человек два раза в неделю по 2 часа. Параллельно разрабатывались образовательные программы просвещения на основе партнерского обсуждения целей и желаний пациентов и их семей.

Результаты. Для работы с пациентами требовалась некоторая педагогическая подготовленность и клиническая компетентность. Прежде всего, врачи стремились улучшить свои коммуникативные возможности, умение не только слушать, но и слышать, особенно признаки дистресса пациента или его родственника. Врачам необходимо проявлять гендерную, этническую чувствительность и понимание разнообразия культуральных особенностей, состояния уровня семейного гомеостаза. Во время работы с пациентами необходимо стремление к равенству и разнообразию в интерактивном обсуждении. Важно выработать четкие представления о динамике группы, возможность облегчить атмосферу в группе, если это требуется создавшейся обстановкой.

Задача врача на первых занятиях заключалась в создании непринужденного, теплого тона и рабочих взаимоотношений. Второй этап заключался в выработке приверженности к регулярному приему лекарства для предотвращения рецидива; ограничение со стороны семьи резких оценок и требований; создание обстановки с максимальным уменьшением давления и низким уровнем интенсивности отношений. При повышении стабильности в состоянии пациента, на третьем этапе группа начинала исполнять свою главную роль. Она дополняла своим участием психосоциальную среду. Задача реабилитационной бригады состояла в оказании поддержке семье и пациенту, в том числе и предложений по трудоустройству. Работа с семьями пациентов ПСР в течение трех лет. привели к снижению организационного стресса в коллективе за счет формирования терапии «творческой средой», повысили уровень комплаентности и снизили в среднем частоту поступления в стационарные отделения в 2,1 раза.

Резюмируя полученные данные, и опыт проведения занятий с больными шизофренией и их родственниками наиболее важно осознать границы своей компетентности; понимание резкого расхождения между студенческой подготовкой по психиатрии и современными навыками с их прогрессивными возможностями в охране психического здоровья. В разработке качественного клинического образования пациентов необходимо постоянно развенчивать стигму психического расстройства.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Ступина О.П., Снигуряк Т.В.

ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», г. Чита

glstupina@yandex.ru

В Забайкальском крае в рамках федеральной программы по экономическому и социальному развитию Сибири и Дальнего Востока в 2013 г. была введена в строй первая очередь новой типовой психиатрической больницы на 600 коек.

По решению медицинской общественности Забайкалья ей было присвоено имя известного российского психиатра В.Х. Кандинского. Ввод в строй новых лечебных корпусов и реструктуризация имеющейся материально-технической базы позволили добиться значительного сдвига в развитии, как учреждения, так и психиатрической службы в целом. Сегодня в больнице открыты принципиально новые современные отделения оказания внебольничной помощи, прописанные в Порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, внедрены в практическую работу новые подходы и принципы оказания психиатрической помощи, задачей которых являются следующие принципы и направления оказания медицинской помощи:

- Деинституционализация – основная идея которой заключается не столько в уменьшении числа госпитализируемых в психиатрический стационар и в сокращении длительности их пребывания в стационаре, а сколько, в изменении содержания и качества осуществляемой терапевтической работы.
- Перенос акцента оказания помощи лицам с психическими расстройствами со стационарного звена на внебольничные формы.
- Оптимизация кадрового ресурса, штатного расписания.
- Усиление междисциплинарного подхода (биопсихосоциальной модели) в оказании психиатрической помощи.
- Дифференциация отделений по профилю, контингенту пациентов, направленности.

Проведенная реорганизация позволила не только создать достойные условия для содержания психически больных, но и дала возможность скоординировать действия врачей психиатров и специалистов, оказывающих психиатрическую, психотерапевтическую и социальную помощь на всех ее этапах разным категориям пациентов. Пациенты клиники первого психотического эпизода после выписки из стационара переводятся в амбулаторное отделение интенсивного лечения и наблюдения, что позволило сократить количество повторных госпитализаций, уйти от проблемы «вращающихся дверей», когда пациент, выписавшись из стационара, прекращает получать поддерживающую терапию и в течение месяца вновь поступает в больницу. Пациенты геронтологического профиля с психическими расстройствами получают психиатрическую помощь как в условиях соматогериатрического отделения больницы, так и в условиях стационара на дому, где помощь

медицинскую, психологическую и социальную оказывают специалисты амбулаторной службы учреждения. Данные формы оказания психиатрической помощи являются инновационными и позволяют основной акцент ее сместить на сообщество, без изоляции больных в круглосуточный стационар.

Последние десять лет в Забайкальском крае достаточно высокие показатели суицидов, особенно среди трудоспособного населения. Перед психиатрами давно стояла задача об организации полноценной, целостной кризисной службы. Новые организационные подходы позволили организовать специализированную помощь лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, в структуре которой вошли «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи, стационарные койки для кризисных состояний. Проведенная реорганизация усовершенствовала оказание судебно-психиатрической помощи пациентам, страдающим психическими заболеваниями. Помимо двух специализированных отделений принудительного лечения, в настоящее время функционирует кабинет амбулаторного принудительного лечения и активного диспансерного наблюдения, работа которого позволила улучшить качество по наблюдению за больными и снизить их общественную опасность для населения Забайкальского края.

Первый этап реструктуризации взрослой психиатрической службы в настоящее время завершен, в течение 2016 г. планируется приступить к реорганизации детской психиатрической службы, целью которой является улучшение материально-технической базы детских и подростковых подразделений и дальнейшее совершенствование оказания психиатрической помощи детскому населению. Внебольничная помощь будет представлена как отделением интенсивного наблюдения и лечения, так и внебольничными формами медицинской помощи во взаимодействии с образовательными, социальными службами, военными комиссариатами и инспекцией по делам несовершеннолетних. Это позволит координировать целостность оказания медицинской помощи детскому и подростковому населению.

ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИИ НА РАННИХ СТАДИЯХ

Стус Е.А., Тарханов В.С., Андреева И.В.

ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань
savvich-65@mail.ru

На ранних стадиях депрессия зачастую воспринимается как самими больными, так и окружающими как проявление плохого характера, лени и эгоизма, пессимизма. Нередко бывает так, что физиологические проявления депрессии способствуют формированию убеждения о наличии серьезных соматических заболеваний. Пациентам назначают симптоматическое лечение, они много тратят времени на клинические, лабораторные обследования и, как правило, попадают в клинику неврозов, уже с тяжелыми, хроническими проявлениями.

При оценке наличия депрессивной симптоматики опросники не всегда в полной мере раскрывают объективную картину текущего состояния пациента, в виду формального отношения, трудностей концентрации внимания, а также из-за невозможности адекватной интерпретации данных у больных с когнитивным дефицитом. Тогда как проективные методики способствуют свободному, неосознанному раскрытию значимой проблематики.

У пациентов, страдающих депрессиями, в письме и рисуночной продукции прослеживается микрография, в ассоциациях отмечается выраженная фиксация на негативно окрашенных переживаниях. Слабый нажим карандаша, тонкость и прерывистость линий, заштрихованность рисунка так же могут свидетельствовать о депрессивном состоянии. Изображение человека имеет свои характерные особенности. Обычно, это опущенные плечи, руки в карманах или заведенные за спину, голова вполоборота, отсутствие каких-либо деталей, придающих живость образу – украшения, аксессуары, нарядные элементы одежды. Очень показательна в данном случае методика «Человек под дождем», при наличии депрессивного состояния пациент довольно часто рисует человека, стоящего под дождем, в лужах воды, без какой либо защиты, которая могла бы быть в виде зонта, козырька и пр. Дождь описывается пациентом как нечто враждебное, холодное, от чего сложно укрыться. Проективная методика «Дерево» направлена на диагностику эмоционального состояния пациента и уровень его притязаний. В инструкции пациенту предлагается разместить фигуру человека на дереве, в любом удобном ему месте. По местоположению, позам, действиям фигур, графической прорисовке можно оценить эмоциональное состояние человека и при наличии

депрессии степень ее выраженности. Если на рисунке изображенный человек пассивен, закрыт, сидит на краю самой нижней ветви, и если ему суждено упасть, он сделает это с безопасного расстояния. В данном случае это может говорить еще об относительной сохранности защитных механизмов. При более выраженной стадии депрессивного состояния фигура человека слабо прорисована, человек сидит спиной, его поза говорит о том, что он избегает контактов, склонен к уединению, происходящее его не интересует. Падающий, срывающийся человек с дерева позволяет предполагать о наличии тяжелой депрессии с суицидальными мыслями.

Депрессия - это не просто сниженный фон настроения, а заболевание, которое в тяжелой форме может привести к летальному исходу. И психодиагностика, проведенная на ранних этапах этого заболевания, позволяет правильно поставить диагноз и вовремя начать лечение.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БРИГАДНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ **Сулейманова З.З., Хакимова Р.Р., Утегенова Д.М.**

ГБУЗ Республиканская психиатрическая больница № 2 Минздрава Республики Башкортостан

В период быстрых перемен, затрагивающих многие сферы жизни, увеличивается число страдающих пограничными психическими расстройствами. В оказании психиатрической помощи важной становится ориентация на мультидисциплинарный подход к лечению этих расстройств с участием специалистов различного профиля. Приказы и рекомендации Минздрава России последних лет способствуют повышению эффективности оказания психиатрической помощи населению, созданию оптимальных условий для реадaptации и ресoциализации пациентов путем широкого использования психотерапевтической и психологической помощи.

Дневной стационар был открыт в 1981 г., количественное соотношение пациентов невротического уровня составляло более 60%. Около десяти лет в отделении используется бригадный метод лечения, обеспечивающий комплексное решение клинических и психологических проблем у обратившихся пациентов. В состав бригады входят: врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог и медицинская сестра. Работа основана на равноправном участии специалистов бригады в терапевтическом процессе, где каждый имеет возможность оказывать помощь в соответствии с индивидуальным планом ведения пациента. Ответственным за результат лечения остается врач-психиатр. Еженедельно проводится собрание бригады, где происходит распределение пациентов среди профессионалов, обмен информацией, по возникающим проблемам курации пациента. Специалисты бригады работают вместе, объединяя свои знания и умения, отражая виды своего вмешательства и динамику состояния в истории болезни. Установление диагноза, с оценкой ведущего синдрома, осуществляет врач-психиатр, учитывая информацию, полученную от других специалистов. Каждый специалист проявляет инициативу, на каком этапе, в каком объеме и в рамках какой технологии он присоединится к общему решению проблем данного пациента. Руководитель бригады стимулирует эту активность, поддерживает интерес участников к бригадному взаимодействию. С использованием данного подхода лечение проводится 56% поступающих пациентов. Необходимо подчеркнуть, что при бригадной форме работы значительно возрастает эффективность немедикаментозных методов лечения, они становятся приоритетными, что особенно важно при оказании помощи пациентам с расстройствами невротического уровня. Широко используются методы психотерапевтического и психологического воздействия, в индивидуальной и групповой форме: техники арт-терапии, транзактного анализа, психодрамы, гештальт-терапии, эриксоновского гипноза, дыхательные упражнения, медитация, релаксация и др. Внедрение многопрофильного подхода в оказании специализированной психиатрической помощи пациентам с проблемами психического здоровья сделало эту помощь интегрированной, гибкой, экономичной, доступной населению.

ОПЫТ РАБОТЫ ПЕРЕДВИЖНОГО ПУНКТА МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ПРИ ПОЛИКЛИНИКЕ УФСН ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Сулимков Г.В.

ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер Минздрава Республики Татарстан», г. Казань
kam1950@mail.ru

Проблема борьбы с немедицинским употреблением психоактивных веществ (ПАВ) остаётся актуальной. Очевидно, что для её эффективного решения недостаточно усилий и полномочий наркологической службы системы здравоохранения. В этой связи в структуре ФСН России в 2014г. было принято решение о создании передвижных пунктов медицинского освидетельствования (далее ППМО) лиц, употребляющих ПАВ в немедицинских целях.

Первоначально такое подразделение было организовано в г. Москве, опыт его работы оказался удачен, поэтому его стали распространять на регионы, в числе первых - Республика Татарстан и г. Казань, в частности.

Как показала практика, для этого необходим специально оборудованный автомобиль с биотуалетом и системой видеонаблюдения в санузле и в салоне машины для контроля за забором биосред (мочи) во избежание их фальсификации, а также исключения по объективным данным возможных конфликтов с испытуемыми. Несомненны преимущества такого ППМО перед практикуемыми в г. Казани и других городах Российской Федерации выездами в места досуга, учёбы или работы потенциальных наркопотребителей, когда наркологическая бригада вынуждена довольствоваться подсобными помещениями рядом с санузлами и проводить медосвидетельствования в не приспособленных условиях. Очевидно, что в этом случае невозможно практически обеспечить достоверность сдачи испытуемыми образцов биосред (мочи).

В составе бригады ППМО как специалисты задействованы врач психиатр-нарколог и фельдшер. Их сопровождает группа оперативных уполномоченных ФСН для задержания и направления на медосвидетельствование потенциальных наркопотребителей. Безопасность обеспечивается силами подразделения специального назначения ФСН.

За период с октября 2015 г по декабрь 2015 г ППМО при поликлинике УФСН России по РТ совместно с оперативной службой Управления осуществлено 7 выездов, в том числе 3 выезда в ночные клубы г. Казани, 2 выезда в воинские части Казанского гарнизона Министерства обороны Российской Федерации, 3 выезда в воинскую часть ВВ МВД Российской Федерации. Всего освидетельствовано 301 человек. Из них у двух человек - посетителей ночных клубов было установлено состояние одурманивания вследствие употребления амфетаминов, среди военнослужащих при скрининговом исследовании фактов немедицинского употребления ПАВ установлено не было.

Практика использования ППМО показала перспективность такой работы в плане осуществления выездов по тому же принципу организации как в ночные клубы, воинские части, так и совместно с миграционной службой в места массового скопления приезжих из Средней Азии (рынки), а также на транспортные объекты - вокзалы, аэропорты; гостиницы спортивные объекты - для проверки задействованного там персонала в период подготовки к масштабным спортивным мероприятиям.

Несомненно, что для бесперебойной работы ППМО по полному циклу необходимо конструктивное взаимодействие региональных органов власти и ФСН в плане обеспечения его расходными материалами - экспресс-тестами, а также собственной химико-токсикологической лаборатории (ХТЛ) для верификации полученных результатов по ПАВ.

ОСОБЕННОСТИ ТИПОВ ВОСПИТАНИЯ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Султанова К.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан
yavada@mail.ru

В последнее время педагоги, медицинские психологи и врачи-психиатры все чаще сталкиваются с эмоциональными и поведенческими расстройствами у детей и подростков, не связанными с какой-либо экзо- или эндогенной патологией. Невротические состояния занимают одно из ведущих мест в нервно-психической заболеваемости детей, а расстройства в виде тревожной

симптоматики встречаются в 10-15%. При этом достаточно часто – в 2% от общей популяции детей – они выступают как самостоятельная патология. Кроме того, тревожно-фобические состояния наблюдаются у детей с различными видами дизонтогенеза, как сопутствующие основному нарушению.

Цель исследования - выявление взаимосвязи типов воспитания в семье и психологических особенностей родителей и детей, страдающих тревожно-фобическими расстройствами.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом обследовано 18 детей с тревожно-фобическими расстройствами в возрасте 7-10 лет.

Результаты. Среди неблагоприятных семейных факторов, которые могут воздействовать, а также оказывать усугубляющий эффект на расстройства невротического круга, встречалось нарушение родительского воспитания, проявляющееся в использовании типов негармоничного, патологизирующего воспитания. Структурная деформация семьи (отсутствие одного из родителей), является фактором, который оказывает сильное влияние на негативное развитие личности ребенка. Дети с фобическими расстройствами характеризовались фрустрированностью, повышенной эмоциональной возбудимостью, трудностями в сфере межличностных отношений, использованием малоадаптивных копинг-стратегий, большим количеством страхов. Родителей детей, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, отличали следующие особенности: отцы и матери в зависимости от типа семьи демонстрируют искаженное самовосприятие и неудовлетворенность собой. Отцы недовольны содержанием супружеских отношений, обнаруживают негативное или искаженное восприятие ребенка и своей супруги, а матери в зависимости от типа семьи идеализируют или крайне негативно относятся к мужчинам, недовольны семейными отношениями и имеют искаженное представление о своем ребенке.

Таким образом, в зависимости от структуры семьи различным оказывается вклад патологизирующего типа воспитания в усиление тревожно-фобических переживаний детей. Патологизирующий тип воспитания способствует увеличению страхов и усилению тревожной симптоматики. Негармоничный тип воспитания взаимосвязан с системой отношений ребенка, и сказывается как на его самооценке, так и на восприятии членов семьи.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

Тарасова Г.В., Вандыш-Бубко В.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
gale4eka@yandex.ru

Для выяснения характера соотношений психических расстройств и эндокринной патологии, что может иметь значение для экспертной оценки, были проанализированы заключения стационарных судебно-психиатрических экспертиз, проведенных в отношении лиц, привлекаемых к уголовной ответственности, в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в 2014 г. Выявлено 98 случаев (7,5%) эндокринной патологии (преимущественно, сахарный диабет - 64 случая); в большинстве наблюдений (65) имело место сочетание эндокринной патологии с органическим психическим расстройством (ОПР); в 33 – с иной психической патологией.

Прицельный анализ указанной выборки ОПР показал, что она исчерпывалась лицами в возрасте преимущественно старше 50 лет; страдающими сахарным диабетом (56 набл.). В зависимости от приоритетных (на синдромальном уровне) расстройств могли быть дифференцированы три группы проанализированных состояний: 1) группа лиц, страдающих ОПР, сочетанным с сахарным диабетом (38 набл.), с экспертно-релевантными личностными расстройствами в структуре психо-органического синдрома либо а) первичного, органически обусловленного (22 набл.) либо б) формирующегося на отдаленном этапе при трансформации психоэндо-кринного синдрома в психоорганический, по M.Bleuler (16 набл.). Основная экспертная проблема в группе состояла в квалификации той выраженности психических расстройств, которая соответствует критериям «ограниченной вменяемости»; 2) группа обследованных с преобладающими (экспертно-релевантными) когнитивными нарушениями на отделенных этапах динамики ОПР, сочетанного с сахарным диабетом (13 набл.); соответственно, при экспертной оценке актуальная проблема состояла в дифференциации состояний, соответствующих либо несоответствующих

критериям деменции; 3) группа обследованных (5 набл.), психическое состояние которых в момент совершения инкриминируемого правонарушения оценивалось по модели «временного психического расстройства» известной формулы невменяемости; экспертная тактика была альтернативной («невменяем» / «вменяем»), выводы формулировались по результатам оценки уровня временного психического расстройства (психотического / непсихотического).

АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Тарханов В.С., Шишкина А.Л., Тарханов Д.В.

ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань
savvich-65@mail.ru

Проведенный анализ повторных поступлений пациентов в ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» за 2013-2015 гг. показывает, что происходят они, как и в предыдущие годы, в силу следующих причин:

- проводимая централизованно министерством здравоохранения АО «коррекция по материальным соображениям» списка препаратов по ДЛО, выписываемых в поликлиническом отделении нашего учреждения и, как правило, отличие его от арсенала средств, используемых в стационарных условиях, приводит к тому, что успешно проведенное лечение в стационаре фактически «обрывается» ввиду отсутствия возможности поддерживающего приема в амбулаторных условиях, что, соответственно, влечет за собой изменение психического состояния пациента и необходимость нового стационарирования;

- увеличивается численность пациентов, утрачивающих социальные связи, не имеющих жилья, остающихся без опекунов. Однако отсутствие достаточного числа мест в действующих специализированных домах-интернатах, значительно возросшие требования и критерии отбора, предложенные органами социального обеспечения, существенно ограничивают возможность перемещения таких пациентов из стационара в эти интернаты. С трудом достигаемая выписка данного контингента пациентов неизбежно влечет достаточно скорое новое их поступление в стационар;

- отсутствие у пациентов критичного отношения к заболеванию способствует преждевременной выписке по требованию родственников и опекунов, ведет к отказу от поддерживающего лечения и нерегулярному посещению диспансера. Перечисленное в свою очередь влечет обострение психопатологической симптоматики и новую госпитализацию;

- низкий уровень доходов больных и их родственников приводит к тому, что возникают материальные трудности при приобретении необходимых препаратов в аптечной сети (особенно в сельских районах области), что значительно осложняет проведение поддерживающей терапии, а нередко и практически срывает ее;

- отказ родственников от выполнения опекунских обязанностей или же от участия в судьбе пациентов зачастую приводит к тому, что они всячески стремятся вновь поместить пациентов в стационар;

- нередко пациенты проживают безнадзорно, алкоголизируются и фактически теряют жилье при наличии прописки, или же по особенностям своего психического статуса, они не в состоянии проживать самостоятельно и сами стремятся к возвращению в стационар, находя для этого различные предлоги (встречаются и попытки суицидального шантажа и обращения в различные инстанции с заявлениями и жалобами);

- большую группу, среди повторно поступивших составляют, особенно в мужских отделениях, пациенты с социально-опасными тенденциями, которые, как правило, после окончания лечения в стационаре самостоятельно к участковым психиатрам не обращаются, назначенной поддерживающей терапией не пользуются, поэтому, особенно в районах области, врачи-психиатры из превентивных соображений, вновь направляют их в стационар.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ, СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Тер-Израелян А.Ю., Ахмерова С.Г., Панюкова И.А., Коровяков А.В., М.Е.Суетин, Федин Э.Е.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа,
ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России,
г. Москва,

ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения г. Москвы»
dr-fedin@mail.ru, profmedpb13@mail.ru

Представление медицинской документации в экспертные учреждения осуществляется согласно ч.2 ст.19 ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" вместе с материалами дела, необходимыми для проведения исследований и дачи заключения эксперта в гражданском или уголовном процессе. Однако не всегда суды истребуют медицинскую документацию или выносят постановление о направлении медицинской документации в экспертное учреждение. Наиболее часто это встречается в гражданских процессах, особенно если суды и медицинские учреждения, владеющие документацией, содержащей врачебную тайну, находятся в разных регионах. В этом случае представление документации, содержащей врачебную тайну, непосредственно участником процесса не только допустимо, но и оправданно, так как способствует скорейшему и объективному рассмотрению дела. При этом оценка сведений, полученных участниками процесса, является исключительно прерогативой суда, так как в соответствии со ст.55 ГПК РФ «доказательствами по делу являются полученные в предусмотренном законом порядке сведения о фактах, на основе которых суд устанавливает наличие или отсутствие обстоятельств, обосновывающих требования и возражения сторон, а также иных обстоятельств, имеющих значение для правильного рассмотрения и разрешения дела», при этом «доказательства, полученные с нарушением закона, не имеют юридической силы и не могут быть положены в основу решения суда».

Правом получать и использовать информацию, составляющую врачебную тайну, согласно п.1 и 2 ч.1 ст.5, и п.7 ст.9 ФЗ «О персональных данных», а также п.1 ст.3 и ч.1 ст.5 ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» обладают лица, призываемые к наследованию в порядке, предусмотренном ст.1142-1145 ГК РФ и 1148 ГК РФ, а также лица, указанные в завещательном отказе или возложении, в соответствии со ст.1137 и ст.1139 ГК РФ.

В соответствии с п.2 ч.1 ст.6 ФЗ «О персональных данных» также имеют право получать и использовать указанную информацию стороны договорных правоотношений, в которой одной из сторон может являться умершее лицо, заключившее названный договор в пользу третьих лиц.

Правомерность предоставления информации, составляющей врачебную тайну, лицам, предусмотренным ст.1142-1145 ГК РФ и 1148 ГК РФ, определяется возможностью установления «недостойных наследников» согласно ст.1117 ГК РФ, так как необходимая информация об обстоятельствах госпитализации, взаимоотношениях в семье и т.п., содержится в медицинской документации. Названная информация может быть использована судом для объективного рассмотрения дела без назначения судебно-психиатрической экспертизы.

Предоставление и использование информации, составляющей врачебную тайну, не влечет материального вреда и, тем более, отчуждения имущества, и осуществляется лечебно-профилактическим учреждением в ответ на мотивированный запрос. При этом установления очередности наследования или зарегистрированного права на наследство не требуется, так как эта информация будет иметь исключительно оценочный характер.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРНЕТ-КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРКОТИКОВ

Тетенва Е.Ю.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, Москва

tej@inbox.ru

Стремительное развитие сетевых технологий привело к тому, что сегодня Интернет стал неотъемлемой частью глобального информационного пространства. Работа врача психиатра-

нарколога в сети Интернет по обеспечению населения своевременной и научно обоснованной информацией о тех или иных аспектах, связанных с распространением и потреблением наркотических средств и психотропных веществ, на сегодняшний день является актуальной и должна стать рутинной деятельностью. Помимо этого, результаты поисковой активности и информационные запросы посетителей тематического сайта несут информацию, которая отражает закономерности, характеризующие процессы, происходящие в среде наркопотребителей, а также ассоциированных с ними кругах социума, что позволяет выявить некоторые латентные тенденции.

Верифицировать информацию, получаемую при интернет-консультировании и анализе обработанных запросов, можно с помощью различных приемов. Одним из эффективных способов изучения ситуации с употреблением наркотиков и других психоактивных веществ, являются интернет-опросы. Их преимуществом является охват лиц молодого и среднего возраста, что соответствует возрастным группам, где максимально представлено употребление наркотиков. Невысокие затраты на их проведение, возможность отслеживать ситуацию с результатами в режиме реального времени и способность обеспечить большой охват проблемной аудитории, получать результаты, которые можно экстраполировать на генеральную совокупность исследуемой популяции.

Вторым инструментом исследования респондентов, которые обращаются за интернет-консультацией по проблемам, связанным с наркотиками, является использование систем самодиагностики, которые получают все большее распространение на интернет-порталах медицинской направленности. Они представляют собой весьма удобный способ раннего выявления и профилактики тех или иных патологических состояний. Кроме того, подобные интерактивные услуги в настоящее время оказываются весьма привлекательны для населения, которое в основной своей массе увлечено так называемой вульгарной психологией в виде разнообразных тестов и опросов. Значимым моментом при использовании систем самодиагностики являются итоговые рекомендации. В них должна содержаться психотерапевтически корректная, но вместе с тем реальная установка, побуждающая к пусть не немедленному, но отставленно-вероятностному критическому отношению к наркоманическому поведению.

Таким образом, сеть Интернет является валидной средой для получения научно значимых и достоверных фактов, отражающих различные, в том числе и скрытые, тенденции в потреблении наркотических средств и психотропных веществ. Эти результаты могут быть использованы при интегральной экспертной оценке некоторых тенденций злоупотребления психоактивными веществами как в виртуальном, так и в реальном сообществах.

Для создания эффективно функционирующей системы многофакторного мониторинга ситуации с незаконным оборотом и потреблением наркотических средств и психотропных веществ необходимо применять все возможности, предоставляемые современными сетевыми технологиями.

Создание специальных интернет-сайтов для лиц, употребляющих психоактивные вещества, должны рассматриваться организаторами здравоохранения, как важный элемент профилактики, позволяющий вовлечь в зону их деятельности ранее недоступные популяции пациентов.

НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа
iftdoc@mail.ru

Необходимость развития системы психотерапевтической помощи обусловлена происходящим ростом заболеваемости пограничными психическими расстройствами. В Республике Башкортостан наметились перемены к постепенному улучшению социальной ситуации, что отразилось и на состоянии общественного психического здоровья. Психотерапевты и психиатры внесли свой посильный вклад в эти позитивные процессы. В медицинских организациях увеличивается социальная составляющая профилактической, лечебной и реабилитационной работы. Повысилось внимание к злободневной проблеме самоубийств, что позволило разработать конструктивные предложения по улучшению суицидальной ситуации в республике.

Возрастающая потребность в медицинской помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами, а также необходимость изменения негативного стереотипного отношения к

психиатрической помощи лицами с непсихотическими психическими расстройствами, поставили перед системой здравоохранения республики амбициозную, но крайне важную и своевременную задачу - запуска «пилотного» для России проекта – создания самостоятельной государственной медицинской организации психотерапевтического профиля вне психиатрической службы. Таким образом, во исполнение распоряжения Правительства РБ № 1435р от 14.11.2011 года было создано ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан.

Результатом проделанной за эти годы работы стали открытые консультативно-диагностические отделения для амбулаторного приема детей и взрослых, четыре дневных стационара по 30 коек каждый, в том числе для лечения детей, два медико-реабилитационных отделения, круглосуточный стационар на 120 коек в загородной зоне для взрослых и 30 детских круглосуточных коек.

Структура заболеваний пролеченных больных составляет спектр пограничной психопатологии, в которой аффективные расстройства составляют порядка 40%, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства - 30%, органические, включая симптоматические психические расстройства - 20%, расстройства личности и поведения - 7%, нарушения психологического развития - 3%.

В целях дальнейшего снижения суицидальной смертности в Республике Башкортостан проводится планомерная работа по формированию трехуровневой системы оказания специализированной помощи лицам с кризисными состояниями, суицидальными тенденциями и пограничными психическими расстройствами. Таким образом, к 2017 году будет организовано оказание амбулаторной и стационарной психотерапевтической помощи в восьми межмуниципальных центрах, включая кризисный стационар Республиканского клинического психотерапевтического центра Минздрава Республики Башкортостан и круглосуточный «Телефон доверия».

В данной концепции нашли отражение принципы и направления, которые являются основой инновационного подхода к решению проблемы ранней диагностики и лечения пограничных психических расстройств, позволяющие органам государственной власти осуществить структурно-организационные и материальные преобразования в психотерапевтической службе.

О НЕКОТОРЫХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТАХ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Токарева Н.Г.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск

tokareva-1@mail.ru

В силу специфических потребностей и возможностей инвалиды являются отдельной социальной группой и поэтому к ним в обществе складываются определенные отношения, в том числе в социально-психологическом аспекте.

Целью исследования явился анализ некоторых психосоциальных аспектов у инвалидов больных эпилепсией.

Материалы и методы. В настоящее исследование было включено 80 больных в возрасте от 18 до 50 лет, с длительностью заболевания до 30 лет. Исследуемую выборку составили инвалиды III группы инвалидности (68%), инвалиды II группы (32%). Большинство больных имели среднее специальное и среднее образование – 42% и 30%; не окончили обучение в связи с болезнью 18%. Распределение по частоте встречаемости у больных различных форм заболевания выявило достоверное ($p < 0,01$) преобладание парциальной эпилепсии в сравнении с генерализованной.

Результаты. В результате проведенного исследования с использованием клиничко-психологической беседы, клинического опросника-интервью, анамнестического и катamnестического методов выявлены следующие закономерности. Большая часть больных (65%) отметили, что они хотят интегрироваться в общество и жить полноценной жизнью вместе со здоровыми. При их положительном настрое они не всегда могут наладить отношения со здоровыми людьми. В наибольшей степени эти относятся к тем, кто стал инвалидом в раннем возрасте: большинство из них провели свою жизнь в узком кругу семьи, либо в закрытом детском учреждении, где их умению общения никто не обучал. У таких больных отмечается неразвитость социальных навыков. Другой аспект – больные (52%), имеющие профессию и обладая потенциальными возможностями участвовать в жизни общества, не всегда могут реализовать их, потому, что здоровые не хотят

вступать с ними в контакт. В этих случаях инвалиды остро переживают подобное отношение к себе, у них формируется недоверчивое отношение к окружающим, недостаток инициативы, фиксация на своих болезненных переживаниях. Они лишаются возможности самостоятельно регулировать свою жизнедеятельность, что приводит к ситуации напряженности. Рассмотренные психосоциальные аспекты необходимо учитывать при планировании и проведении психокоррекционных и лечебно-реабилитационных мероприятий.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОДЕЛИ МИРА МАССОВОГО СОЗНАНИЯ В СВЕТЕ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

Тукаев Р.Д.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
tukaevrd@gmail.com

Российская психиатрия в процессе своего становления изначально имела социальную, психопрофилактическую, психогигиеническую направленность, которая заметно усилилась в конце 20 века и приобрела высокую практическую и научную значимость в текущем столетии.

Произошедший в психиатрии переход с патерналистской на партнерскую модель взаимоотношений в системе «врач – пациент», «врач – общество», в контексте эффективности психогигиены и психопрофилактики с неизбежностью актуализирует аспекты усвоения, принятия индивидом и обществом идей, принципов, мероприятий, направленных на укрепление общественного психического здоровья. Дидактически-директивный стиль медицински обоснованных психогигиены и психопрофилактики, становится неприемлемым. Эффективные «партнерские» психогигиена и психопрофилактика должны учитывать природу и актуальное состояние обыденных представлений индивида и общества о человеке, его жизни, психике, здоровье, терапии, гигиене и профилактике.

Нами проведены исследования представлений о «болезни» и «терапии» массового сознания и индивида в контексте психотерапии невротических, тревожных расстройств (1989-2007). В качестве культуральной основы психотерапии выделена Модель Болезни и Терапии (МБТ) - совокупность представлений о причинах болезней и их лечении. МБТ является системным блоком Модели мироустройства массового сознания, имеющей мифологическую природу. Эффективная психотерапия на социально-психологическом уровне использует стыковочный сценарий, сопрягающий теоретико-методический контекст психотерапии с актуальной МБТ индивида. Принятие пациентом психотерапии на основе трансляции ее смысловой структуры на язык МБТ при посредстве стыковочного сценария – стратегическое условие результативности психотерапии. Три составляющих жизни человека в российской МБТ (телесная, психическая, духовная) представлены неравнозначно. Сфера психического в российской МБТ сильно редуцирована, тесно ассоциирована с психической патологией. Болезненные процессы адресованы преимущественно к сфере телесности. Пациенты мотивированы на диагностику и терапию соматических расстройств. Терапевтические ожидания пациентов преимущественно базируются на «модели простуды» (переболел, выздоровел, - живешь нормально).

Предлагаемые к применению модели и методы психогигиены и психопрофилактики, как и в случае психотерапии, сопоставляются индивидом, сообществом с актуальной МБТ и будут приняты лишь при достаточном соответствии с последней. Наличие расхождений предполагает включение в психогигиенические и психопрофилактические мероприятия средств стыковочного сценария, согласующих их содержание с актуальной МБТ.

Успешность длительной психофармакотерапии при многих психических заболеваниях, предотвращение стресс-обусловленных психических расстройств, ставят задачи исследования актуальной МБТ, включения в системы психогигиены и психопрофилактики средств преодоления ее ограничений и идиосинкразий.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДАННЫХ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ ПРИ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫХ ФОРМАХ ЦЕРЕБРАЛЬНО-АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ

Туктарова С.У., Хуснутдинова Э.К.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа,
Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН, г. Уфа
tuktarova.svetlana@yandex.ru

Проблема прогноза риска развития психотических нарушений при церебральном атеросклерозе является высокоактуальной для современного здравоохранения. Значимость данной проблемы определяется также разнообразием клинических форм психотических нарушений при церебральном атеросклерозе, прогредиентностью их течения, высоким уровнем госпитализации и инвалидизации больных и соответственно значительным экономическим бременем для общества.

Цель исследования: оценить прогностическую значимость отдельных вариантов генотипов локуса hSERT гена переносчика серотонина при развитии психотических форм церебрального атеросклероза.

Материалы и методы. Обследовано 150 больных церебральным атеросклерозом с психическими нарушениями (ЦА/ПН). Контрольную группу составили 96 психически здоровых людей, сопоставимых с обследованными больными по половой принадлежности и возрастному составу. В ходе молекулярно-генетического исследования проводилась полимеразная цепная реакция синтеза ДНК.

Результаты исследования. В ходе анализа полиморфизма локуса hSERT гена переносчика серотонина установлено соответствие распределения частот генотипов во всех группах больных ЦА/ПН и в контроле распределению Харди-Вайнберга ($p > 0,05$). Определено пять генотипов - 12/10, 12/12, 12/9, 10/9 и 10/10.

На фоне всех изученных генотипов локуса hSERT гена переносчика серотонина достоверность ассоциаций генотипов 12/10 и 10/10 была доказана при скорректированном уровне значимости ($p_c = 0,05/k = 0,05/5 = 0,01$, где k – число генотипов, исследуемых в данном локусе) только в отношении галлюцинаторно-бредовых психозов. Взаимосвязь психозов галлюцинаторно-бредового регистра с генотипом 12/10 охарактеризована как умеренная положительная ($Q = 0,5$), а с генотипом 10/10 - как сильная отрицательная ($Q = -1,0$). Генотип 12/10 оказался прогностически неблагоприятным в отношении развития галлюцинаторно-бредовых психозов, т.к. носительство данного генотипа повышает риск развития указанной патологии в 2,98 раза по сравнению с лицами, у которых он отсутствует. Представленный факт дает основание признать генотип 12/10 локуса hSERT гена переносчика серотонина фактором риска ($p_f = 0,0085$; $OR = 2,98$, $CI = 1,36-6,52$) галлюцинаторно-бредовых форм психозов церебрально-атеросклеротического генеза. Кроме того, особого внимания заслуживает низкий показатель относительного риска развития галлюцинаторно-бредовых психозов у носителей гомозиготного генотипа 10/10, что позволяет признать данный генотип фактором резистентности ($p_f = 0,0030$; $OR = 0,06$, $CI = 0,01-1,04$) к указанной психотической патологии.

Таким образом, генотип 12/10 локуса hSERT гена переносчика серотонина является фактором риска развития галлюцинаторно-бредовых форм психозов церебрально-атеросклеротического генеза, а генотип 10/10 – фактором резистентности.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ УГРОЗЕ ТЕРАКТОВ

Тулбаева Н.Р., Кунафина Е.Р.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа,
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа
erkunafina@mail.ru

По данным правоохранительных органов Республики Башкортостан, за последние два года возбуждены уголовные дела в отношении 28 граждан, выехавших для участия в боевых действиях на стороне антиправительственных сил в Сирию. В результате скоординированных действий силовых структур только в 2015 г. на территории республики выявлены ячейки террористической организации «Хизб ут-Тахрир аль-Ислами», с количеством участников более 30 человек, а также экстремистских

организаций «Нурджулар», «Таблиги Джамаат». В 2015 г. 12 жителей республики осуждены к длительным срокам лишения свободы за организацию и участие в террористической организации «Хизб ут-Тахрир аль-Ислами». В отношении четверых из них подтвердились факты приготовления к насильственному захвату власти, изменению конституционного строя России. Особое внимание вызывает наличие экстремистов в сети Интернет, создание ими сайтов, распространение сведений о способах и методах совершения терактов, изготовления и применения взрывных устройств. Теракт всегда используется для психологического давления на отдельного человека и социум в целом. Возникая после острой массовой психотравмы, его психолого-психиатрические последствия характеризуются массовостью поражения, выраженностью расстройств физического и психического здоровья и их склонностью принимать затяжной необратимый характер и деформировать личность. Такие характеристики теракта, как: внезапность, интенсивность, масштабность, неопределённость прогностической оценки событий, нарастание роли «человеческого фактора» в генезе событий утяжеляют психолого-психиатрические последствия совершенных действий, обуславливают развитие у пострадавших психических расстройств, преимущественно непсихотического уровня. Психические расстройства осложняют общесоматическую патологию, что требует комплексного подхода к организации мероприятий по ликвидации медицинских последствий чрезвычайной ситуации.

В этих условиях становится актуальной разработка алгоритма психолого-психиатрической помощи (ППП) пострадавшим в результате теракта, что позволит при необходимости четко и дифференцированно использовать силы, средства и методы этой помощи. Выделены три периода развития ситуации, при которой наблюдаются психогенные нарушения: острый, ограниченный временем непосредственного действия чрезвычайной ситуации; подострый, наблюдаемый при проведении спасательных работ; отдаленный, продолжительность которого не ограничена временем. ППП должна быть оказана в соответствии с разработанными ранее принципами: оперативности, индивидуальной (привязанной к конкретной чрезвычайной ситуации) научной обоснованности, дифференцированности, дестигматизации психиатрической помощи при работе с пострадавшими, этапности в организации и осуществлении ППП пострадавшим; делового сотрудничества и максимального использования местных сил; разумного взаимодействия местной психиатрической службы с центром; тесного взаимодействия и сотрудничества психиатрической службы с администрацией субъекта РФ; разумной длительности.

Наблюдающиеся во время и после чрезвычайной ситуации психические расстройства имеют много общего с клиническими нарушениями, развивающимися в обычных условиях. Однако они могут возникать одномоментно у большого числа пострадавших и для их развития имеют большое значение не только микросоциальные, но и макросоциальные факторы. От последних зависит возможность хронификации невротических расстройств, негативной личностной динамики, изменений соматического здоровья.

Как пострадавшие в результате теракта, так и персонал, участвующий в ликвидации последствий, нуждаются в проведении комплекса реабилитационных и профилактических мероприятий. Неотъемлемой составляющей профессиональной подготовки медицинского и иного персонала, участвующего в ликвидации последствий теракта, является специальная психологическая подготовка.

Учет динамической оценки психических расстройств после чрезвычайных ситуаций дает возможность разрабатывать и осуществлять дифференцированные лечебно-реабилитационные программы и обосновывать прогноз их развития.

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ АЛКОГОЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ГЕСТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Ульяновская Т.Н.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России,

г. Архангельск

ulyanovskayatn@ya.ru

Проблема алкоголизма среди женского населения продолжает оставаться актуальной; четко прослеживается тенденция к увеличению числа женщин, употребляющих спиртное. В России к нему приобщены не менее трети лиц репродуктивного возраста; до 20% беременных в той или иной степени интенсивности употребляют спиртное. Алкогольное поведение - мультифакторное явление, детерминированное как генетическим предрасположением, так и совокупностью социальных и

психологических факторов. По данным ряда авторов, данное поведение связано с системой взаимоотношений с окружающими, занимаемой позицией в социуме и другими социальными характеристиками, определяющими образ жизни индивида.

Целью исследования явился анализ социальных факторов алкогольного поведения среди беременных женщин.

Материалы и методы. В эксперименте приняли участие 152 беременные женщины, средний возраст которых составил $24,2 \pm 0,4$ года. Выборка была разделена на 2 группы: экспериментальную - 108 респондентов, употребляющих алкоголь и контрольную - 44 респондента, отрицающих факт его потребления в период гестации. Для изучения социальных характеристик использовали специально разработанную анкету, включающую вопросы о возрасте, образовании, семейном положении, планировании беременности и др. Статистическая обработка номинальных независимых данных проводилась с использованием критерия хи-квадрат.

Результаты. Изучение социальных особенностей женщин не выявило значимых различий по возрастным характеристикам. Частота зарегистрированных браков среди женщин экспериментальной группы (60,2%) была значимо ниже ($p < 0,005$), чем в контрольной (77,3%), а не зарегистрированных отношений - одинакова в обеих группах. Значительно чаще планировали воспитывать будущего ребенка без мужа женщины, употреблявшие спиртные напитки во время беременности (17,6%). В группе контроля таких представителей не наблюдалось.

При исследовании уровня образования были получены следующие данные: высшее образование имели 49,1% респондентов экспериментальной и 56,8% контрольной групп ($p < 0,4$), среднее специальное 31,5% и 36,4% соответственно ($p < 0,5$). Среднее образование выявлялось у 19,4% женщин, употребляющих алкоголь, что в 2,9 раза чаще ($p < 0,05$), чем отрицающих факт его потребления (6,8%) в гестационный период.

Данные анкеты показывают, что будущий ребенок был желанным, в целом, в выборке, однако, частота запланированной беременности в экспериментальной группе (51,9%) ниже, чем в контрольной (70,5%) ($p < 0,03$). Изучение репродуктивной функции свидетельствует, что настоящая беременность являлась первой у большинства будущих матерей исследуемых групп. Аборты в анамнезе в 3,1 раза чаще регистрировались у испытуемых, употребляющих алкоголь (21,3%) ($p < 0,03$). Частота самопроизвольных выкидышей значимо не отличалась в обеих группах ($p < 0,2$).

Таким образом, ведущими социальными факторами алкогольного поведения в гестационный период являются незарегистрированные браки, наличие среднего образования, незапланированная беременность и аборты в анамнезе.

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Усачева Е.Л.¹, Панкова О.Ф.², Смирнов И.И.¹, Серебровская О.В.¹, Буромская Н.И.¹

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ г. Москвы,

²ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Smily-doc@yandex.ru

Несовершеннолетние с незавершенными суицидальными попытками и иными суицидальными проявлениями составляют весомую долю (по данным Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, 35-50%) среди общего числа пациентов, госпитализируемых в психиатрический стационар в экстренном порядке. За 2015 г. количество госпитализированных детей и подростков с суицидальными проявлениями увеличилось в 1,5 раза. Учитывая негативную динамику, требуется совершенствование системы суицидологической помощи детскому и подростковому населению, важнейшим этапом которой является психиатрический стационар.

Материалы и методы. Были изучены 598 пациентов с суицидальными (аутодеструктивными) проявлениями, поступивших в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой за период с 2012 по 2014 гг. Основным методом явился клинко-психопатологический. Также использовались экспериментально-психологические методы, способные, по данным литературы, косвенно оценить вероятность суицидальных действий.

Результаты. По характеру суицидальных проявлений были выделены следующие группы: демонстративно-шантажные суициды (61%), аффективные (12%) и истинные суицидов (27%). Распределение в соответствии с клинко-психопатологическими критериями: 1) совершенные под влиянием аффекта, связанные с ситуационными факторами и личностными особенностями пациентов 68% (n=409); 2) коморбидные с депрессией 20% (n=119), 3) связанные с психической патологией, сопровождающейся грубой дезорганизацией психической деятельности 12% (n=70). Выявлены достоверно значимые возрастные и гендерные различия. У мальчиков отмечалось более раннее возникновение суицидальных проявлений в поведении, носившее в младшей возрастной группе в основном шантажно-демонстративный характер. В подростковом возрасте на фоне резкого роста частоты аффективных и истинных суицидов отмечалось преобладание пациентов женского пола. Анализ причин суицидального поведения, его психологических и психопатологических механизмов показал, что у более 80% всех пациентов суицидальные проявления и имитирующие их действия (в случае шантажных суицидов) совершались под влиянием аффекта, были непосредственно связаны с ситуационными и личностными особенностями пациентов. Важным патогенетическим звеном в основе суицидального поведения выступали деструктивные внутрисемейные отношения. В случае истинных суицидов основная роль принадлежала психопатологическим факторам, в первую очередь, различным типам и степени тяжести депрессивным состояниям. Также выделена небольшая группа, в которой суицидальные проявления были сопряжены с грубой дезорганизацией психической деятельности в рамках развития симптоматики психотического регистра.

На основании проведенного исследования был разработан и внедрен унифицированный протокол оказания кризисной помощи несовершеннолетним, поступающим в психиатрический стационар. Предусмотренные протоколом меры распространяются на всех пациентов, однако важным принципом его применения в то же время является дифференцированный подход к каждому отдельному пациенту. В зависимости от типа суицидальных проявлений, характера выявленных психопатологических и иных суицидогенных факторов применяются дифференциальные алгоритмы, предписывающие то или иное соотношение медицинского и немедицинского вмешательства, степень участия различных специалистов, этапность в их работе.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ДАВАТЬ ПОКАЗАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ **Усюкина М.В., Харитonenкова Е.Ю.**

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
marina_gnc@mail.ru

Частным и особым случаем из всего спектра юридически значимых способностей, представляющих собой уголовно-процессуальную дееспособность, является способность давать показания.

Целью исследования является уточнение критериев экспертной оценки психических расстройств вследствие эпилепсии, влияющих на способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания.

Материалы и методы. Было обследовано 100 лиц мужского пола, в возрасте от 18 до 58 лет, страдающих эпилепсией с длительностью заболевания от 11 до 30 лет, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Результаты. При оценке способности к даче показаний (СДП) использовался юридический критерий, включающий интеллектуальный и волевой компоненты. Интеллектуальный критерий подразумевает способность к восприятию внешней (фактической) стороны событий и пониманию внутренней (содержательной) стороны. К неспособности воспринимать внешнюю сторону обстоятельств уголовного дела приводят когнитивные расстройства, достигающие степени деменции (8, 8%). В силу регресса личности с перестройкой мотивационно-смысловой сферы у больных происходит «качественное» изменение воспринимаемого, а вследствие торпидности психических процессов, персевераций, инкогерентности мышления, а также нарушений памяти происходит «количественное» изменение воспринимаемого.

К симптомокомплексам, приводящим к неспособности воспринимать внутреннюю сторону обстоятельств уголовного дела, относятся: 1) когнитивные нарушения, не достигающие степени

деменции (27 обследуемых) приводили к трудностям в установлении причинно-следственных связей между событиями и соотнесение их с общепринятой системой ценностей и свидетельствует о нарушении смыслового уровня регуляции и неспособности к восприятию внутренней стороны юридически значимых событий; 2) психотические расстройства приводили к установлению патологических причинно-следственных связей, что свидетельствует о нарушении смыслового уровня регуляции, о неспособности к восприятию внутренней стороны юридически значимых событий.

Выраженная замедленность речи и моторики; олигофазия, а также волевые нарушения (пассивность, безразличное отношение к происходящему с ними) приводили к нарушению произвольной регуляции поведения при даче показаний и, как следствие, нарушению волевого критерия СДП.

Таким образом, алгоритм оценки способности давать показания включает анализ клинико-психопатологических особенностей психических расстройств, с последующим соотнесением их с поведением обвиняемого при даче показаний, анализом содержательной части показаний и выделением ключевых симптомокомплексов, нарушающих способность подэкспертного к восприятию внешней (фактической) стороны событий и/или пониманию внутренней (содержательной) стороны.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Фалалеева О.И., Фалалеев В.В.

БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница», г. Вологда

vopb35@vopb35.ru

В целях создания системы психопрофилактики и психообразования, организации учета профилактической работы, в 2015 г. была проведена реорганизация структуры профилактической работы в БУЗ ВО «ВОПБ». Создан в новом составе кабинет медицинской профилактики (далее КМП), разработан организационный пакет документов. В состав КМП включены специалисты – врач-психотерапевт, социальный педагог, специалист по социальной работе, педагог-психолог, специалист по связям с общественностью. В организационный пакет вошли разработанные командой специалистов такие документы как «Положение о профилактической работе в БУЗ ВО «ВОПБ», «Положение о кабинете профилактики», «Приказ об организации профилактической работы в БУЗ ВО «ВОПБ», определяющий основные формы профилактической работы в больнице, формы учетной и отчетной документации, нормативы и плановое задание по профилактической работе для отделений и специалистов на 2015 г., должностные инструкции специалистов подразделения.

Целевыми задачами КМП были определены: повышение информированности населения в области психогигиены, создание системы психопрофилактики и психообразования, снижение стигматизации, дискриминации и социальной изоляции людей, страдающих психическими расстройствами, улучшение качества жизни психически больных людей и членов их семей, формирование активной гражданской позиции, формирование представлений о здоровом образе жизни и навыков здоровьесберегающего поведения у населения, в том числе пациентов и персонала БУЗ ВО «ВОПБ».

В целях создания методической базы по формам и методам профилактической работы в 2015 г. специалистами КМП были подготовлены три обучающих мероприятия для среднего медицинского персонала: конференция медицинских сестер «Основные формы санитарно-просветительской работы», викторина и конкурс «Эффективные формы профилактической работы», в которых приняли участие 131 человек, разработаны методические рекомендации по проведению Школы здорового образа жизни в БУЗ ВО «ВОПБ», организовано обучение персонала основам работы с технологическими картами школы «ЗОЖ».

В течение 2015 года внедрена система планирования и учета профилактической работы, что позволило проводить итоговую оценку профилактической работы внутри отделений и на популяционном уровне вне стен больницы ежемесячно. Организована система стимулирования медицинского персонала за достигнутые результаты. Наиболее массовой формой профилактической работы в 2015 г. стали проведение интерактивных занятий с пациентами, в том числе в рамках Школ здоровья и бесед – всего 677 занятий и 8689 бесед. Кроме того проведены ряд мероприятий, таких как флэш-моб, приуроченный к всемирному дню здоровья, неделя по профилактике насилия в семье, 17 «Телефонов здоровья» с участием специалистов больницы, 42 интерактивных занятия для

населения, проведение тренингов для медицинского персонала территориальных поликлиник, направленная на профилактику эмоционального выгорания с общим охватом 1665 человек.

Повышение доступности консультативной профилактической помощи достигалось с использованием интернет-технологий: через сайт БУЗ ВО «ВОПБ» с апреля по декабрь 2015 г. оказана 101 консультация, через созданную страничку в социальной сети «ВКонтакте» проведено 52 консультации.

ДИАГНОСТИКА ВНУТРЕННИХ КОНФЛИКТОВ И ВНУТРЕННИХ ВАКУУМОВ В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фанталова Е.Б.

ГБОУ ВПО г. Москвы «Московский городской психолого-педагогический университет»

elenafantal@yandex.ru

Жизнь каждого человека сопряжена с внутренними субъективными переживаниями, отражающими его ценностный выбор, личностные предпочтения и смыслы. Авторская методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах», построенная на сопоставлении ранжирования различных ценностно-ориентированных понятий по двум параметрам – «Ценность» и «Доступность» – позволила выделить такие личностные ценностно-ориентированные конструкты как индекс расхождения ценность-доступность, внутренний конфликт, внутренний вакуум, нейтральная зона. Последние стали применяться как для личностной ценностно-ориентированной психодиагностики, так и для индивидуальной психотерапии различных расстройств психогенного и психосоматического спектра.

Внутренний конфликт – это состояние, когда ценностный объект малодоступен или не доступен совсем, «желаемое» не совпадает с «реальным», значимые потребности и ценности находятся в состоянии блокады («Ценность» значительно превышает «Доступность»). Внутренний вакуум – состояние, когда доступный объект не представляет интереса, может сопровождаться ощущением «внутреннего балласта», «избыточности присутствия», ненужности, никчемности, внутренней пустоты («Доступность» значительно превышает «Ценность»).

В индивидуальной диагностике и психотерапии важно учитывать, что внутренний конфликт в сфере психического и физического здоровья, как правило, сопряжен с ощущением внутреннего недомогания, психофизического дискомфорта, известной несвободы и скованности в своей постоянной деятельности из-за состояния здоровья, с тенденцией минимизировать нагрузки, затрату сил, внутреннюю энергоотдачу. Конкретное хроническое заболевание может присутствовать, но возможны также и другие варианты, в частности, посттравматический стресс, расстройства невротического спектра.

Состояние внутреннего вакуума в сфере психического и физического здоровья встречается редко, так как внутренне психологически трудно согласиться с "избыточностью" своего здоровья, каким бы богатырским оно ни было. Для многих лиц при любых обстоятельствах здоровье – прежде всего. Поэтому в ситуациях высокой "Доступности" и низкой "Ценности" речь идет не столько о пресыщенности своим здоровьем, его дезактуализации, сколько о невозможности найти должное применение своим силам, своей энергии, нереализованности ряда важных жизненных ценностей, для реализации которых наличие здоровья важно, но не достаточно.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПЕНИТЕНЦИАРНЫМ СТРЕССОМ

Фастовцов Г.А., Осколкова С.Н.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

fgrigo@yandex.ru

Количество лиц, страдающих различными психическими расстройствами, в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) в различных странах является значительным и составляет по данным разных авторов от 3% до 85% осужденных. Наказание лишением свободы вызывает целый комплекс изменений в психическом состоянии, как острых, именуемых «пенитенциарным стрессом», так и хронических, связанных с изменением личности осужденного по криминальному типу – «призонициация»

(«тюремизация») под влиянием уголовной субкультуры. К патологическим вариантам реагирования на психогению относятся: кратковременные ситуационные реакции в рамках структуры личности; декомпенсация имеющегося пограничного расстройства; манифестация эндогенного психического расстройства; развитие реактивного психического расстройства психотического и непсихотического уровней. От общего числа лиц, находящихся в учреждениях УИС РФ, 17% имеют диагноз психического расстройства (причем ежегодный рост составляет 2%), из них более 80% спецконтингента обнаруживают психические нарушения пограничного генеза (в том числе, реактивные состояния). Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у осужденных выявляется у 48% женщин, 46% подростков и 30% мужчин.

Результаты исследования указывают на устойчивость феномена «интрузии» - первичного перенесенного катастрофического события. Так, осужденные из бывших военнослужащих, получивших психогению боевого стресса, удерживали уже ранее приобретенную симптоматику «комбатантного» ПТСР, несмотря на последующее воздействие пенитенциарного стресса. Для них был характерен стенический тип реагирования, который проявлялся в агрессивности, грубости, необоснованной жестокости, склонности к дисфоричным состояниям, подозрительности, конфликтные ситуации сопровождались аффективными внешнеобвинительными вспышками, снижением самоконтроля. Среди лиц, удерживающих тематику, изолированно связанную с пребыванием в местах лишения свободы (МЛС) и условно отнесенных к группе «пенитенциарное» ПТСР, был присущ тревожно-астенический тип реагирования, у них преобладали переживания собственной неполноценности с «самобичеванием», отказ от принятия самостоятельных решений, «уход в себя», замкнутость, снижение интереса к окружающему. Кроме того, клинический анализ 98 осужденных мужчин с ПТСР показал атипичность протекания клинической картины, где на первый план фасадно выступала депрессивная, тревожная, соматоформная, неврологическая симптоматика. Превалировал дисстенический тип реагирования, характерными чертами являлись достаточная общительность, готовность быть лидером при отсутствии стремления к риску, демонстративность и необдуманность поступков, самовосхваление и обман, стремление услужить, неустойчивость и поверхностность эмоций, склонность к рентным установкам, демонстративным аутоагрессивным поступкам, побегам.

По данным дескриптивной статистики и однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) оценка по всей шкале IES-R в группе «атипичных» больных была выше по субшкалам «погружения» ($p=0,001$) и «гипервозбуждения» ($p=0,001$), не было выявлено различий по субшкале «избегание» при достаточно высоких средних показателях. При этом часто выявлялась готовность к импульсивной агрессии, причем такое поведение было обусловлено стрессогенными факторами на протяжении всего пребывания в МЛС. Таким образом, наличие ПТСР, особенно атипично протекающего, у осужденных имеет большое медико-социальное значение и нуждается в дальнейшем изучении.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА КАК ОБЪЕКТ НАСЛЕДСТВЕННОГО ПРАВА

Федин Э.Е., Ахмерова С.Г., Тер-Израелян А.Ю., Панюкова И.А., Коровяков А.В.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа,
ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России,
г. Москва,

ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения г. Москвы»

dr-fedin@mail.ru, profmedpb13@mail.ru

Врачебная тайна, согласно ч.1 ст.13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», - это сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении и, согласно ст.9 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», - сведения о наличии психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении, иные сведения о состоянии психического здоровья. Согласно ч.2 ст.13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека...», при этом ст.9 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не содержит запрета на разглашение врачебной тайны после смерти.

П.3 ст.13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», допускающий разглашение врачебной тайны «с письменного согласия гражданина или его законного

представителя» можно считать действующим только при жизни гражданина, так как согласно ч.2 ст.17 ГК РФ, «правоспособность гражданина возникает в момент его рождения и прекращается смертью», и согласно п.5 ч.1 ст.188 ГК РФ, представительство, основанное на доверенности, прекращается после смерти гражданина, выдавшего доверенность. «Законные представители», согласно ст.28 ГК РФ и ст.64 СК РФ, - это родители несовершеннолетнего. Представители недееспособных или не полностью дееспособных граждан, согласно ст.31 ГК РФ, - опекуны и попечители. Очевидно, что и эти виды представительства также прекращаются смертью несовершеннолетнего, недееспособного и не полностью дееспособного гражданина.

Смерть влечет за собой, согласно ст.1113 ГК РФ, открытие наследства и порождает новый вид правоотношений. Следовательно, «письменное согласие гражданина» на распоряжение чем-либо, в том числе получение информации о нём (врачебной тайны), и её использование, после его смерти должно рассматриваться в неразрывной связи с завещательным отказом в соответствии со ст.1137 ГК РФ, или завещательным возложением в соответствии со ст.1139 ГК РФ. В этой связи отказ в предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну, по основаниям, указанным в ст.13 ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», необоснован. В случае отсутствия воли гражданина, выраженной как-либо к моменту смерти, подлежит применению п.7 ст.9 ФЗ «О персональных данных», то есть - «в случае смерти субъекта персональных данных согласие на обработку его персональных данных дают в письменной форме наследники субъекта персональных данных, если такое согласие не было дано субъектом персональных данных при его жизни». В этой же связи, согласно ч.1 ст.5 ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», «информация может являться объектом публичных, гражданских и иных правовых отношений. Информация может свободно использоваться любым лицом и передаваться одним лицом другому лицу...».

Таким образом, к информации, в том числе составляющей врачебную тайну, через возможность владения, использования и распоряжения ею, применимы нормы вещного, а следовательно, и наследственного права.

СИСТЕМА ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ В СОХРАНЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Филиппов В.Л., Рембовский В.Р., Филиппова Ю.В.

ФГУП «НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека» ФАНО, г. Санкт-Петербург
gpech@fmbamail.ru

Актуальность проблемы сохранения психического здоровья лиц, работающих на предприятиях с экстремальными условиями труда, в последние годы возросла в связи с продолжающейся тенденцией ухудшения здоровья различных групп населения и работающих. Пограничные психические расстройства приводят к снижению работоспособности и временной нетрудоспособности работающих с последующей инвалидизацией, риску аварийных ситуаций на предприятиях и т.д. Концепция медико-социальной защиты лиц, работающих в экстремальных условиях, предусматривает формирование единой автоматизированной информационно-аналитической системы (АИАС) – Регистра здоровья. АИАС позволяет в реальном времени характеризовать состояние здоровья работающих.

Целью работы было методическое и научно-практическое обоснование системы персонализации для динамического наблюдения и сохранения психического здоровья работающих на предприятиях с экстремальными условиями труда - АИАС.

Материалы и методы. Была сформирована база данных, содержащая информацию о результатах многолетнего сплошного комплексного исследования состояния здоровья лиц, работающих в экстремальных условиях.

Результаты. При апробации АИАС проведен анализ закономерностей развития заболеваний у работающих в экстремальных условиях. Учитывая наибольшую чувствительность нервно-психической сферы к экстремальным условиям труда, проведен анализ причинно-следственных связей развития заболеваний пограничными психическими расстройствами (ППР) от условий труда в спецхимии и стажа работы в экстремальных условиях. Так, структура заболеваний ППР у мужчин и женщин, отнесенных к различным группам вредности, имела выраженные различия ($p < 0,001$). У лиц, отнесенных к наиболее вредным условиям труда, психоорганический синдром и невротоподобные

расстройства занимали ведущие позиции и имели практически равные показатели. У лиц, отнесенных к менее вредным условиям, было больше неврозов ($p < 0,001$).

Распространенность ППР как среди мужчин, так и среди женщин в зависимости от стажа работы в экстремальных условиях (до 4 лет, 5-9 лет, 10 и более лет) характеризовалась выраженным ростом ($p < 0,001$). При стаже работы 5-9 лет показатель распространенности ППР у мужчин вырос в 2,8 раза, у женщин – в 2,5 раза по сравнению с лицами имеющих стаж до 4 лет. Установлен очень короткий период формирования ППР у лиц, работающих в экстремальных условиях. Распространенность психоорганического синдрома среди лиц обоего пола интенсивно возрастала с увеличением стажа работы: у мужчин от 0 на 100 до 27,8 на 100, а у женщин – от 0 до 79,6 на 100, т.е. у женщин более выраженная.

Разработанная и апробированная система АИАС - Регистр здоровья, обеспечивает комплексный мониторинг психического здоровья в реальном режиме времени на основе представленной исчерпывающей информации, необходимой для принятия научно обоснованных управленческих медико-социальных решений по сохранению психического здоровья работающих в экстремальных условиях.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭНЕРГОСОХРАННОСТЬ – СТИМУЛ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СОТРУДНИКОВ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ПРОФЕССИИ

Фомин А.А., Соколов Е.Ю.

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения
г. Москвы»,

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал - НИИ психиатрии, г. Москва

jane_123@list.ru

Особенностями службы сотрудников спецподразделений МВД являются постоянные эмоциональные, интеллектуальные, физические нагрузки, требующие запредельной активизации ресурсов жизнестойкости. Методы саморегуляции являются глубокой профилактической основой психического здоровья сотрудников МВД. Сохранение психического равновесия – важное условие боевой готовности и адекватного функционирования военнослужащего.

Цель исследования: оценка необходимости и эффективности оригинального модуля психотерапевтической работы для обучения военнослужащих методам саморегуляции с целью предотвращения и лечения постстрессовых расстройств.

Материалы и методы: обследованы 103 офицера и контрактника МВД РФ (96 мужчин, 7 женщин) 19-42 лет, профессиональные обязанности которых связаны с жизнеопасными ситуациями, в т.ч. с боевыми столкновениями в «горячих точках». Применялись методы: клинико-психопатологический с использованием военного варианта «Миссисипской шкалы» и Опросник синдрома эмоционального выгорания. Описание модуля: релаксационно-стимулирующие и энергоактивизирующие методы, включающие в себя дыхательные элементы.

Результаты. Занятия проходят в различных условиях, приближенных к распорядку дня. Количество групповых обучающих занятий 1–3 раза в неделю с 2–4 группами (до 6 человек) в день. Занятие с каждой группой длится около двух часов. Среднее число занятий в группе – 5–7. Акцентируется внимание военнослужащих на клинике ПТСР, способности его распознавания, дифференцирования, оказания первой помощи в боевых и постбоевых условиях. На последующих занятиях укрепляются полученные знания. Место ведущего врача занимает участник группы, который проводит отработанный в группе тренинг с товарищами. Он наблюдает правильность выполнения команд, корректирует ошибки участников. Роль ведущего: закреплять навыки саморегуляции, повышать ответственность, в первую очередь перед собой, с профилактическим вниманием относиться к здоровью как в мирной, так и в боевой обстановке. В дальнейшем в группе, постепенно усложняясь, проводится обучение методам саморегуляции.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) у военнослужащих, имеющих боевой опыт столкновения со смертельной опасностью, наблюдается фактически в 100 % случаев. Независимо от половой принадлежности сотрудников, большая часть из них имеет низкий уровень тяжести СЭВ; число имеющих средний уровень, в 2 раза меньше, а количество обследованных с высоким уровнем и развивающимися психическими расстройствами снизилось почти в 6 раз. Первооснова

предупреждения ПТСР – обязательное обучение психотерапевтическим методам саморегуляции с целью предупреждения постстрессовых расстройств. В дальнейшем знание методов и их грамотное практическое использование позволят сотруднику увереннее и быстрее найти рациональный выход из психотравмирующей ситуации. Знанием психотерапевтических методик должны владеть не только психотерапевты, но и сами сотрудники опасных профессий.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ НАРКОТИКИ

Фролова Ю.И., Петрова Л.А.

КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул,

ФГБОУ ВПО «Алтайский Государственный Университет», г. Барнаул

frolova-julja@yandex.ru

Проблема употребления психоактивных веществ детьми и подростками с течением времени только усугубляется. В данный момент, благодаря интенсивному развитию информационных технологий, каждый ребенок имеющий доступ к компьютеру/телефону с подключенным интернетом, попадает в «группу риска» употребления наркотических веществ. Современные синтетические наркотики распространяются через сеть интернет, информация о них преподносится в очень привлекательной для подростков форме, а привыкание возникает после 1-2 употребления. На стационарное лечение в КГБУЗ АКНД начали поступать первые несовершеннолетние потребители синтетических наркотиков с декабря 2012 года. Лечение несовершеннолетним пациентам оказывается бесплатно, также в отделении организовано обучение по школьной программе. В Алтайском крае синтетические наркотики употребляют подростки с 12 лет. С декабря 2012 по октябрь 2015 год в нашем стационаре было пролечено 135 подростков, употребляющих синтетические наркотики («скорость», «спайс», «соль»).

В силу наличия поведенческих и личностных расстройств у несовершеннолетних, употребляющих синтетические наркотики, возникают трудности при лечении в условиях круглосуточного стационара. Таким подросткам трудно удержаться в рамках общепринятых норм и правил, сложно отказаться от курения, подчиниться требованиям распорядка отделения и включиться в психотерапевтический процесс. На уже имеющееся расстройство поведения и деформацию развития личности наслаивается зависимость, вызванная употреблением «скорости» и «спайсов». У таких подростков доминирует агрессивное поведение. Агрессия направлена как на близких людей, так и на окружающих.

У данной группы пациентов отмечается высокая толерантность к психотропным препаратам. Терапевтические дозы основных психотропных препаратов превышают в 2-3 раза дозы этих же препаратов, применяемых у детей и подростков с нервно-психическими заболеваниями без наличия зависимости от психоактивных веществ. Как правило, дети и подростки, употребляющие психоактивные вещества, имеют различную сочетанную психопатологию и расстройство поведения, на которые наслаивается развитие зависимости. Сочетанная психопатология способствует быстрому формированию зависимости от любых психоактивных веществ. Психомоторное возбуждение и агрессия у несовершеннолетних пациентов — это неотложное состояние, требующее немедленного введения нейролептиков парантерально в терапевтических высоких дозах с учётом индивидуальных особенностей организма, для снижения аффективных проявлений и нормализации социально-приемлемого поведения.

Для повышения эффективности лечения была разработана программа комплексной реабилитации с усиленной психокоррекционной частью и использованием инновационных технологий. Медикаментозная терапия сопровождается интенсивной индивидуальной, групповой и семейной психотерапией. Для родителей еженедельно проводятся встречи «Родительского клуба». Для осуществления изменений в поведении была разработана и внедрена бальная система контроля поведения пациентов с поощрениями и порицанием. Оценка поведения осуществляется всеми сотрудниками отделения. Введение бальной системы положительно влияет на поведение пациентов в отделении, мотивирует на активное участие в лечебно-реабилитационном процессе, учебной и творческой деятельности, спортивных мероприятиях. Эффективность лечения с использованием данной программы комплексной реабилитации выросла на 24%, и в 2015 г. составляет 49%.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И МЕХАНИЗМОВ НАСИЛЬСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Хамитов Р.Р.¹, Качаева М.А.², Афзалетдинова Д.Х.³

¹ ФКУ «Казанская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России, г. Казань

² ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

³ ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа
psycheya@bancorp.ru

Проблема роста женской преступности имеет большую социальную значимость. Известно, что у женщин, совершивших правонарушения распространенность психических расстройств значительно выше, чем у мужчин, что повышает риск реализации противоправного поведения. Шизофрения является одним из наиболее распространенных психических расстройств, при котором совершаются тяжкие общественно опасные действия (ООД).

Исследование клинико-социальных характеристик 82 женщин, страдающих параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении в Казанской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением вследствие совершения особо тяжких агрессивных ООД показало следующее. Средний возраст пациенток составил 42±11,92 лет. По характеру ООД убийство совершили 80,3% пациенток, остальные причинили телесные повреждения различных степеней тяжести (19,7%). По механизму реализации ООД пациентки были разделены на 2 группы: 1) группа с продуктивно-психотическим механизмом (ППМ) – 58%, 2) группа с негативно-личностным механизмом (НЛМ) – 42%. В 1 группе в период совершения ООД ведущим синдромом был галлюцинаторно-параноидный (73%). В остальных случаях – бредовый – 20% и параноидный – 7%. Во 2 группе совершение ООД в основном осуществлялось под влиянием эмоциональной бесконтрольности (97%), в редких случаях вследствие расторможенности влечений (3%). Среди жертв женщин 1 группы были как члены семьи: матери (25%), дети (12,5%), мужья (9,8%), так и лица, не связанные с ними родственными связями – знакомые (25%), посторонние (12,5%), соперницы (2,08%). Во 2 группе среди жертв пациенток преобладали мужья (17,7%), знакомые (17,7%), посторонние лица (17,7%), а также дети (11,8%), другие родственники (11,8%), соперницы (5,9%). Результаты исследования показали, что в 1 группе пациентки воспитывались при эмоционально теплых взаимоотношениях с родителями, а также зачастую отмечавшейся гиперопекой (31%). У женщин 1 группы с детства отмечались невротоподобные и шизоидные черты, а также виктимизация (16,7%). Тогда как у пациенток 2 группы в детстве отмечались конфликтные отношения с родителями, нередко с эмоциональным отвержением, с детства отмечалось психопатоподобное поведение (35%). Семейная адаптация была низкой у пациенток обеих групп, лишь 7,3% состояли в зарегистрированном или гражданском браке (6%), 28% замужем не были, остальные были разведены (58,7%). Шизофренический процесс у пациенток 1 группы сопровождался аутоагрессивными проявлениями (29%) и депрессивными расстройствами (39,6%). Социальная дезадаптация у пациенток 1 группы развивалась преимущественно в результате отсутствия трудовой занятости и инвалидизации. Тогда как социальная дезадаптация женщин 2 группы была более выраженной и сопровождалась отсутствием средств к существованию, бродяжничеством, асоциальным окружением и алкогольной зависимостью.

Таким образом, в отличие от пациенток с ППМ реализации ООД, совершение ООД у женщин с НЛМ сопровождалось выраженной социальной дезадаптацией, что, несмотря на наличие шизофренического процесса, больше приближает их к вменяемым женщинам-правонарушительницам.

ТРЕНИНГ КОГНИТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Ханько А.В.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 имени П.П. Кащенко», г. Санкт-Петербург
aleksandrkhanko@yandex.ru

В настоящее время достоверно известно, что первые годы после начала заболевания являются «критическим периодом», когда происходят наиболее серьезные биологические, психологические и социальные изменения. В этой связи очевидна необходимость оказания комплексной, полипрофессиональной помощи пациентам с первым психотическим эпизодом, подразумевающей единство фармакотерапии и различных методов психосоциального лечения и реабилитации.

В отделении первого психотического эпизода Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко осуществляются разные виды психосоциальной работы с больными и их родственниками, среди которых одним из наиболее эффективных является тренинг когнитивных и социальных навыков. В основе данного тренинга лежат принципы швейцарской интегративной психологической терапии (IPT) и программа, разработанная лабораторией клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Росздрава.

Цель тренинга когнитивных и социальных навыков с пациентами с первым психотическим эпизодом заключается в том, чтобы в кратчайшие сроки восстановить или улучшить эффективность их психической деятельности и выработать у больных адаптивные формы социального поведения. В задачи тренинга входит усиление произвольной регуляции памяти и внимания, повышение коммуникативной направленности мышления, развитие социального восприятия, снижение интеллектуальной ангедонии, развитие регуляции своих эмоциональных состояний, мышления и поведения, а также отработка навыков социального поведения и обучение пациентов эффективным стратегиям решения межличностных проблем.

В нашем отделении тренинг когнитивных и социальных навыков проводится в закрытых, смешанных по полу группах в специальном тренинговом помещении реабилитационного центра больницы при участии медицинского психолога и специалиста по социальной работе. Занятия, имеющие четкую структуру и последовательность, начинаются сразу после купирования у пациентов острых проявлений заболевания и проводятся с постепенно нарастающей интенсивностью в течение 3-х недель. Продолжительность каждого занятия составляет 60 минут, их общее число – 12. В работе используются хорошо зарекомендовавшие себя методы социального научения – инструктирование, моделирование, разыгрывание ролей, социальное подкрепление, обратная связь. С целью насыщения занятий положительными эмоциями упражнения проводятся в игровой форме, при этом избегаются эмоциональные и информационные перегрузки, чередуются задания на умственную и физическую активность, отмечаются достижения и успехи участников.

Занятия в группах тренинга когнитивных и социальных навыков способствуют повышению у пациентов с первым психотическим эпизодом уровня общей психической активности, улучшению активного внимания, некоторых интеллектуальных функций, а также усилению произвольной регуляции поведения и деятельности, развитию навыков вербальной и невербальной коммуникации. Как показывают инструментальные исследования эффективности терапии, у больных, прошедших курс тренинга когнитивных и социальных навыков, повышается самооценка и уверенность в себе, снижается уровень ситуативной тревожности, что оказывает позитивное влияние на их психическое состояние и социальное функционирование.

ОЦЕНКА МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕЛЕГАЛЬНОГО АЛКОГОЛЯ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНОЙ НАРКОЛОГИИ

Холдин В.Н.¹, Корчагина Г.А.²

¹ГАУЗ МО «Клинский наркологический диспансер», г. Клин,

²ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии

им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

vitholdin@gmail.com, nrcakorh@mail.ru

По оценке экспертов в России алкоголь является важнейшим деструктивным фактором демографического, социального и экономического развития страны. От 20% до 50% в структуре потребляемых алкогольных напитков в России составляют нелегальные алкогольные напитки. Поэтому одной из задач Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года является противодействие нелегальному производству и обороту алкогольной продукции. Среди мер по реализации указанной Концепции выделяют разработку и осуществление мер по противодействию реализации нелегально произведенной алкогольной продукции, совершенствование системы мониторинга потребления алкогольной продукции и оценки эффективности реализации мер государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией. Одним из таких методов является оценка мнения населения в отношении употребления нелегального алкоголя.

Структура исследования предполагала сплошное анонимное анкетирование населения одного муниципального образования – Клинского района Московской области – с применением специально разработанной анкеты относительно мнения населения в отношении употребления нелегального алкоголя. Всего в анкетировании приняли участие 202 респондента в возрасте от 18 до 88 лет (средний - $38,5 \pm 12,9$ года): мужчины - 59,4%, женщины - 38,6%.

Анонимный опрос показал, что среди алкогольных напитков, отдается предпочтение пиву и крепким алкогольным напиткам. Среди употребляемых напитков присутствуют нелегальные, которые употребляет значительная часть населения (24% - самогон; 3,5% - суррогаты). По мнению респондентов, чаще всего подделывают водку (90%), вино (30,2%) и пиво (9,4%). Опрошенное население считает, что поддельные алкогольные напитки в основном производят в подпольных цехах (65,3%). Население осознает, что поддельные нелегальные алкогольные напитки опасны для здоровья (82%), но их приобретают, так как они, по мнению респондентов дешевле и доступны. Алкогольные напитки респонденты чаще всего употребляют дома, в гостях, кафе и баре. Тем не менее, каждый пятый употребляет алкоголь на улице, нарушая законодательство, запрещающее это делать. Употребляют алкоголь с друзьями, родственниками, коллегами по работе, супругами. Однако есть категория лиц, которая употребляет алкоголь в случайной компании (4%). Анализ расходов на покупку алкоголя во время последнего эпизода употребления алкоголя показал, что они составляют в среднем 8% от ежемесячного заработка. Респонденты отмечают, что употребление алкоголя (в том числе нелегального) приводит к проблемам с соматическим и психическим здоровьем. Помимо медицинских выявлено значительное число социальных последствий употребления алкоголя (в том числе нелегального). Это в первую очередь проблемы в семье и на работе.

Полученные данные свидетельствуют о несовпадении официальных данных статистики и мнения населения об обороте нелегального алкоголя, что должно учитываться при разработке и внедрении дифференцированных программ профилактики употребления алкоголя, в т.ч. нелегального. Такие программы необходимо разрабатывать отдельно с учетом специфики наркологической ситуации в каждом конкретном муниципальном образовании, а также с учетом мнения населения. Оценка этого мнения представляется важным методом современной социальной наркологии.

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА КАК МИШЕНЬ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ*

Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., Москачева М.А., Царенко Д.М.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
psylab2006@yandex.ru

Технологии психосоциальных методов помощи больным шизофренией продолжают совершенствоваться, используя данные современных исследований. В настоящее время ключевую роль для их разработки играет концепция нарушений социального познания (Social Cognition); последнее есть комплексная способность, включающая ряд взаимосвязанных доменов или компонентов. Компенсация дефицита этой сложной способности, предопределяющей эффективность социального функционирования больных, требует раскрытия механизмов генеза и стабилизации нарушений социального познания.

Цель исследования: изучение факторов влияния на нарушения социального познания.

Материалы и методы. Компонент социального познания - способность к ментализации, оценивался тестом «Reading the mind in the Eyes», данные сопоставлялись с показателями теста «Социальной ангедонии», отражающими социальную мотивацию, направленность на контакты с людьми. Выборка включала психически здоровых испытуемых и больных с расстройствами шизофренического спектра (150 чел).

Результаты. Доказаны значительное и континуальное снижение в клинической выборке способности к ментализации: она страдает значительно у пациентов с большей выраженностью психопатологической симптоматики (симптомов депрессии, тревоги и психотизма), при шизофрении более отчетливо, чем у больных с шизоаффективным психозом. В качестве фактора влияния на состояние способности к ментализации подтверждена низкая социальная мотивация: чем ниже удовольствие от социальных контактов (социальная ангедония), тем хуже способность к распознаванию психического состояния другого человека по выражению его глаз (способность к ментализации).

Еще одной значимой мишенью для коррекционной работы по восстановлению социального функционирования больных шизофренией является страдающая у них эмпатическая способность. Близость концепта эмпатии к параметрам социального познания, снижение способности к эмпатии при шизофрении ведет к необходимости включения этого концепта в число изучаемых. Однако концепт эмпатии является сложным, «трудноуловимым» для эмпирического изучения, как минимум включающим когнитивный и аффективный компоненты. Почему при изучении эмпатической способности у больных шизофренией нельзя не учитывать «вклад» в ее нарушения собственной измененной эмоциональности пациентов, значительные трудности различения ими собственных эмоций.

Пилотажное исследование эмпатической способности проведено на выборке из 50 человек, включавшей психически здоровых испытуемых и больных с расстройствами шизофренического спектра, с использованием теста «Interpersonal reactivity index». Пациентов клинической группы отличает высокий показатель «эмпатического дистресса», с которым значимо связаны выраженность психопатологической симптоматики, параметры социальной ангедонии, алекситимии. Нарушения эмпатии, высокий уровень эмпатического дистресса являются важным механизмом социального избегания, и предопределяют нарушения социального познания. Данные задают перспективы дальнейших исследований, и диктуют мероприятия по поддержанию социальной направленности больных шизофренией в процессе проведения социальной реабилитации.

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 14-18-03461.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ

Хох И.Р.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа
irinarudi@mail.ru

По показателям подростковых суицидов Россия находится на четвертом месте в мире. В Башкортостане за 2014 г. совершено 36 завершённых суицидов несовершеннолетних и 102 суицидальные попытки, что в пересчете на 100 тыс. населения превышает общероссийский показатель. В 2015 г. количество завершённых суицидов несовершеннолетних незначительно снизилось, зафиксировано 30 случаев, но выросли статистические показатели по количеству суицидальных попыток.

Содержательные параметры популяции несовершеннолетних суицидентов практически не изменились, а именно: суицидальные попытки совершают преимущественно девушки, а истинный суицид, повлекший смерть, - юноши. Портрет суицидента обладает следующими чертами: молодые люди 14-17 лет, из полных семей, учащиеся школ. Причины за анализируемый период тоже остаются практически неизменными: внутрисемейные конфликты, одиночество, но в 2015 году стала актуальнее причина – любовная драма. Подавляющее большинство в популяции несовершеннолетних суицидентов выбирают в качестве способа ухода из жизни – самоповешение. Следует обратить внимание еще на одну тенденцию – суициды «молодеют»: если раньше в большинстве своем они были юношескими, то теперь - подростковыми и отчасти детскими. Так, в Республике Башкортостан за 2015 г. количество завершённых суицидов в возрастном периоде до 6 лет включительно зафиксирован 1 случай, от 7 до 9 лет - 3 случая. Количество суицидальных попыток распределилось в указанных возрастных рамках следующим образом: до 6 лет - 3 случая, от 7 до 9 лет - 5 случаев.

В октябре-ноябре 2015 г. в рамках программы профилактики суицидального поведения было проведено крупномасштабное психодиагностическое обследование школьников 6-11-х классов общеобразовательных учреждений г. Уфы на выявление ранних признаков суицидального поведения. В результате проделанной работы был составлен алгоритм маршрутизации школьников с выявленными суицидальными намерениями, который представлен Управлению образования г. Уфы, администрациям образовательных учреждений, активу родительской общественности городского территориального образования. Ряд учреждений республиканского и городского подчинения включились в работу по превенции суицидальной активности среди несовершеннолетних, в том числе активизировалась работа по непосредственному взаимодействию между школьными психологами и социальными педагогами, как первичного звена, и медицинскими психологами, психотерапевтами, как вторичного звена, в раннем выявлении антивиталяного поведения и формировании навыков совладающего поведения среди учащихся школ.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Хрущ А.И.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой
Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва
annakhrushch@mail.ru

Подростки с речевой патологией, обладая сохранным интеллектом, имеют значительные трудности при установлении социальных связей. Успешность процесса их социальной интеграции во многом определяется степенью сформированности вербальных и невербальных средств коммуникации. Актуальность исследования обусловлена необходимостью целенаправленного изучения механизмов коммуникативных трудностей и принципов развития компетентности в общении у подростков с нарушениями речи.

Материалы и методы. Проведено исследование уровня развития коммуникативной компетентности и социальной адаптации 80 подростков обоего пола в возрасте 12-13 лет с нарушениями речи. Использовались теоретический и эмпирический методы.

Результаты. При исследовании уровня сформированности основных коммуникативных умений выявлено значительное преобладание неэталонных (агрессивных и зависимых) коммуникативных реакций ($p < 0,05$). В экспериментальной группе преобладание зависимости в общении выявлено у 40 % испытуемых, преобладание агрессивности в общении - также 48 %, преобладание компетентности в общении – лишь у 12 % подростков. Коммуникативная компетентность подростков с речевой патологией (овладение навыками речевого общения, восприятие, оценка и интерпретация коммуникативных действий, планирование ситуации общения) формируется под влиянием специфики речевого нарушения, которое оказывает влияние на формирование мотивационной сферы (изменение ценностных ориентаций и установок личности, формирование коммуникативной культуры), а также на правила регуляции коммуникативного поведения подростка.

В ходе формирующего эксперимента комплекс психореабилитационных мероприятий был дополнен отдельным блоком коммуникативной направленности. Для социальной интеграции особое значение имеет владение диалогической речью. Работа осуществлялась в рамках коммуникативного подхода и предполагала введение подростков в речевую ситуацию и формирование у них умения ориентироваться в условиях общения, т.е. представлять собеседника и задачи общения. Все коммуникативно-речевые упражнения были направлены на выработку умения строить диалог в условиях, приближенных к естественным. В организационном плане использовались коммуникативные условно-импровизационные имитации и свободное общение в условиях эмоционального оживления, свободного передвижения по кабинету (при сохранении обучающего характера процедуры). При динамическом исследовании качества сформированности основных коммуникативных умений и социальной адаптации у подростков в экспериментальной группе выявлена значительная положительная динамика, выразившаяся в преобладании эталонных (партнерских, компетентных) коммуникативных реакций над преобладавшими на констатирующем этапе неэталонными (агрессивными и зависимыми): выбор ответов, соответствующих компетентному стилю, осуществили 70% испытуемых ($p < 0,05$).

В существующую систему психореабилитации должна быть включена работа по формированию коммуникативных компетенций на базе языковой компетентности, а коммуникативное поведение подростков следует рассматривать как ведущую составляющую адаптивной оснащенности личности.

КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИКРИЗИСНОЙ (СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ) СЛУЖБЫ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хрящёв А.В., Тарханов В.С., Тарханов Д.В.

ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань
savvich-65@mail.ru

Одним из актуальных вопросов современной психиатрии в России является оказание специализированной помощи лицам с кризисными состояниями. В Астраханской области эта проблема усугубляется отсутствием клиники, где могли бы получать лечение лица с кризисными состояниями, в том числе – с суицидальным поведением. В совокупности с уже функционирующими в диспансерном отделении кабинетом «Телефон доверия» и кабинетами социально-психологической помощи отделение кризисных состояний завершит создание антикризисной (суицидологической) службы в г. Астрахани. Основаниями для госпитализации в отделение кризисных состояний является наличие у пациентов ситуационных реакций, психогенных и невротических депрессий, психопатических реакций и декомпенсаций психопатий, в том числе, при выявлении у них актуальных и выраженных суицидальных тенденций. Отделение кризисных состояний должно решить следующие основные задачи:

- оказание стационарной лечебно-диагностической помощи пациентам при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, в том числе, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями;
- проведение комплексного лечения пациентов: наряду с фармакотерапией и психотерапией, применение ряда других методик (двигательные, физиотерапевтические, гипербарическая оксигенация, разгрузочно-диетические, иглорефлексотерапия и др.);

- организация психотерапевтической, медико-психологической и социальной помощи населению г. Астрахани;
- создание для пациентов отделения благоприятной психотерапевтической среды. Концепция формирования антикризисной (суицидологической) службы в Астраханской области включает в себя следующие этапы (уровни):
 - создание суицидологического регистра - организация тесного взаимодействия специализированных стационарных отделений (токсикологических, реанимационных и т.п.) с суицидологической службой нашего учреждения;
 - системный анализ суицидологической ситуации в Астраханской области;
 - оповещение населения Астраханской области о существовании и деятельности суицидологической службы (реклама на телевидении, изготовление и распространение брошюр, буклетов, плакатов и т.п.).
 - организация системного обучения специалистов, оказывающих помощь лицам с кризисными (суицидоопасными) состояниями.
 - развитие службы «Телефон доверия», расширение сети кабинетов указанной службы.
 - развитие сети кабинетов медико-социально-психологической помощи.
 - создание стационарного отделения кризисных состояний.

СУПЕРВИЗИЯ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ИНТЕРНОВ И ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ НА ЦИКЛЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Худяков А.В., Сурина А.Е., Урсу А.В.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново
app237110@yandex.ru

Супервизия как самостоятельный метод стала широко распространяться в России в девяностые годы двадцатого века. Вместе с тем до настоящего времени содержание этого понятия остается достаточно размытым. Она рассматривается одновременно как обучение и как терапевтический процесс. Если в психотерапии и психологии супервизия нашла достаточно широкое применение, то в психиатрии она почти не применяется. До настоящего времени, несмотря на наличие определенного числа публикаций по этой теме, отсутствует официально утвержденное положение о ее проведении. Расширение применения супервизии наталкивается на ряд препятствий, основным из которых является ее трудоемкость. Особенно это касается индивидуальной формы. Групповая супервизия может оказаться более эффективной и менее трудозатратной, но и она имеет свои препятствия.

Было изучено мнение врачей-психиатров к супервизии путем анонимного анкетирования 31 слушателя курсов повышения квалификации. Половина опрошенных (45%) считает, что имеет достаточные знания о методике проведения супервизии. В основном это были те, кто ранее (как правило более 5 лет назад) сами подвергались супервизии. Считают желательным ее включение в программу обучения 65% врачей. Практически все они предпочли бы индивидуальную супервизию. Одной из причин этого выбора является психологический дискомфорт, который испытывают супервизируемые во время процесса. Готовы пройти обучение по методике супервизии 68%. При этом 52% выразили готовность самим выступить в роли супервизоров при условии дополнительной оплаты их труда.

Была апробирована разработанная нами систему супервизии, которая решает несколько задач. Врачам-психиатрам, обучающимся на цикле повышения квалификации, предлагалось провести супервизию интернов-психиатров, обучающихся на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии ИПО. К моменту проведения супервизии интерны уже получили основные теоретические знания и приступили к овладению практическими навыками. Процесс строился следующим образом. Поскольку число врачей превышало число интернов, то на одного интерна приходилось 2 врача. Интерну предлагалось провести обследование ранее незнакомого ему больного и написать учебную историю болезни. Врачи наблюдали за процессом, делая минимальные замечания. В дальнейшем супервизоры писали рецензию, отражавшую все аспекты работы интерна с больным от клинической беседы и до назначения лечения. На следующий день проводился

совместный семинар врачей и интернов, на котором супервизоры давали расширенную характеристику работы интерна и высказывали свои рекомендации. С целью экономии времени клиническое описание зачитывалось в сокращенном виде с акцентированием на значимых фактах. Таким образом, этот метод позволяет не только оценить знания и практические навыки интернов, но и активизирует познавательный процесс у врачей, повышает их ответственность, поскольку они стремятся не уронить свой авторитет в глазах интернов и коллег. Участники семинара отметили доброжелательный тон проводившегося обсуждения и отсутствие эмоционального дискомфорта на всех этапах супервизии. Преподаватели получили возможность в сжатые сроки провести процесс супервизии не только интернов, но и врачей, анализируя их рецензии. В настоящее время указанный опыт расширяется и дополнительно анализируется с целью повышения эффективности данного педагогического подхода.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

Уткин С.И., Деревлев Н.Н., Литвинская И.И.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва
srgka@yandex.ru

Злоупотребление алкоголем традиционно является серьезной проблемой, отрицательно влияющей на здоровье населения. Одним из актуальных вопросов клинической наркологии является выбор тактики лечения пациентов с острой алкогольной интоксикацией у зависимых пациентов с длительной, хронической интоксикацией.

Материалы и методы. Было проведено сравнительное исследование в 2 группах пациентов с острой алкогольной интоксикацией. Исследование проводилось в соответствии с Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 52379-2005 (Надлежащая клиническая практика). Все пациенты (N=120) получали лечение согласно принятым в настоящее время стандартам. Пациентам основной группы (N=60), кроме стандартного лечения, однократно проводилась операция лечебного плазмафереза.

Результаты. Согласно полученным данным, в основной группе отмечалась более положительная динамика в отношении редукции таких симптомов, как тремор, тревога, головная боль и возбуждение к пятым суткам отмены. Помрачение сознания в виде обнубиляции, нарушения ориентировки во времени достоверно реже наблюдалась в основной группе уже в первые сутки отмены, к пятым суткам признаков помрачения сознания не наблюдалось в обеих группах. Пароксизмальная потливость в первые сутки отмены алкоголя была выше в основной группе, а к пятым суткам отмены ситуация изменилась – данный симптом стал менее выражен в основной группе. Данную динамику, по-видимому, можно объяснить детоксикационным эффектом плазмафереза. Анализ переносимости терапии и побочных реакций показал, что в основной группе были достоверно менее выражены сонливость и астения в первые сутки, а безразличие и нарушение памяти – на пятые сутки отмены алкоголя.

Таким образом, проведение лечебного плазмафереза позволило уменьшить тяжесть абстинентных расстройств качественно и количественно, повысить чувствительность к проводимой лекарственной терапии и ее переносимость.

О РЕГИОНАЛЬНОМ АНТИНАРКОТИЧЕСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ

Целинский Б.П.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва
borneo1@mail.ru

Федеральное законодательство о профилактике наркомании нуждается в конкретизации и детализации в законах субъектов Российской Федерации. В настоящее время в большинстве регионов страны приняты соответствующие законы.

Так, закон города Москвы от 22 июля 2007 г. № 6 нацелен на создание системы мер, направленных на предупреждение распространения наркомании, сокращение числа наркобольшных,

обеспечение организационных и правовых гарантий профилактики наркомании, антинаркотической пропаганды. В документе изложены основные принципы и механизм координации, очерчен круг органов, входящих в систему профилактической деятельности, предусмотрено создание единого городского банка данных, куда включается информация: о соответствующих федеральных, региональных и иных планах и программах; об известных и разрабатываемых методах профилактики, диагностики, лечения и социальной реабилитации больных наркоманией; законодательстве в сфере профилактики. В закон включены положения о формировании и размещении городского социального заказа на антинаркотическую пропаганду в СМИ и непериодических изданиях, рекламных щитах на улицах. Кроме того, закон предусматривает включение в региональный компонент государственного стандарта по предмету «Основы безопасности жизнедеятельности» раздела «Профилактика наркомании». Таким образом, в законе предусмотрена достаточно комплексная и последовательная система мер, без которой успешную деятельность отдельно взятого субъекта профилактики представить довольно проблематично.

Однако порядок правоприменения нуждается в доработке. Так, с указанным законом не взаимосвязаны законы г. Москвы от 6 ноября 2002 г. № 56 «Об организации местного самоуправления в г. Москве», от 14 июля 2004 г. № 50 «О порядке наделения органов местного самоуправления внутригородских муниципальных образований в городе Москве отдельными полномочиями города Москвы (государственными полномочиями)» и Закон г. Москвы от 25 октября 2006 года N 53 "О наделении органов местного самоуправления внутригородских муниципальных образований в городе Москве отдельными полномочиями города Москвы в сфере организации досуговой, социально-воспитательной, физкультурно-оздоровительной и спортивной работы с населением по месту жительства». В перечисленных нормативных актах подробно регламентируются полномочия муниципальных образований, однако они не наделены полномочиями в сфере профилактики наркомании и, следовательно, соответствующим бюджетным финансированием. Совершенно очевидно, что именно органы местного самоуправления находятся ближе всего к людям, их повседневным заботам и потребностям.

О СУИЦИДАЛЬНОМ И АГРЕССИВНОМ ПОВЕДЕНИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Цупрун В.Е.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
svicid@mail.ru

Рост показателей самоубийств и возрастающий уровень насилия в обществе делают эти проблемы социально значимыми и актуальными. Очевидным фактом является их отражение на контингенте психически больных.

Цель исследования: изучение соотношения суицидальности и агрессивности в группе психически больных одного из психоневрологических диспансеров г. Москвы.

Материалы и методы. Обследованы три равные (по 50 человек) группы больных с агрессивным и суицидальным поведением (A+S), с агрессией, но без суицидальных проявлений (A) и только с суицидальными проявлениями (S). Во всех группах преобладали больные шизофренией и органическими психическими расстройствами. Все пациенты были обследованы клинически с привлечением шкал и опросников. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

Результаты. Во всех группах преобладали лица в возрасте 20-49 лет, однако пациенты с сочетанием агрессивного и суицидального поведения оказались достоверно моложе. Среди пациентов с агрессией и пациентов с агрессивным и суицидальным поведением преобладали лица мужского пола, в то время как среди суицидентов половое распределение было равным. Во всех группах пациентов отмечена отягощенность психическими заболеваниями у близких родственников.

Несмотря на разнородность материала в диагностическом и синдромологическом отношении, можно условно выделить три сквозных симптомокомплекса, характерных для всех групп пациентов. Их можно обозначить как аффективный, личностно-агрессивный и бредовый. Касаясь проблемы агрессивности и суицидальности, необходимо учитывать содержательную сторону психотических переживаний, в зависимости от которых могут последовательно формироваться суицидальные или агрессивные формы поведения. Вне психотических переживаний основную роль в формировании агрессивного или суицидального поведения играют роль личностные особенности и кризис личности.

Таким образом, формирование агрессивного поведения является различным в группе А+S по сравнению с группой А. Суицидальное поведение не обнаруживает прямых ассоциаций с признаками агрессивности и враждебности. Не смотря на частую совместимость агрессивности и суицидальности у одного и того же индивидуума, они различны. Если агрессивность имеет в своей основе приспособительный характер, то суицидальное поведение - суть проявление кризиса личности, то есть дезадаптации. Понимание этих механизмов будет способствовать профилактике как суицидального, так и агрессивного поведения среди амбулаторного контингента психически больных.

КЛИНИКО-ВОЗРАСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Чалая Е.Б.¹, Будза В.Г.¹, Чалый В.А.¹, Чалая И.В.²

¹ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России,

²Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, г. Оренбург

261007@bk.ru

До настоящего времени не сложилось определенного мнения о клинических особенностях поздней шизофрении. Существует мнение, что в старости у больных шизофренией происходит смягчение шизофренической симптоматики и стабилизация состояния с постепенной редукцией болезненных расстройств, органические церебральные изменения наблюдаются очень редко, а длительно протекающие шизофренические процессы могут усиливать явления старения.

Цель исследования: определение особенностей психопатологии и течения шизофрении в позднем возрасте, влияние этих клинических проявлений на адаптацию больных в обществе.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом обследовано 100 больных шизофренией: мужчин – 31, женщин – 69, в возрасте от 45 до 70 лет (средний возраст – 57 лет) с непрерывно-прогредиентным и приступообразно-прогредиентным типами течения шизофрении. У 40% больных диагностирован параноидный синдром, у 40% - аффективно-параноидный, у 20% - парафренный. У всех больных выделена общая последовательность смены этапов болезни: инициальный, период активного развития болезни, период стабилизации и исходный этап. Установлено, что при непрерывно-прогредиентном типе течения продолжительность активного периода тем короче, чем интенсивнее развивается процесс. В случае приступообразно-прогредиентного течения болезни учащение приступов наступало после 55 лет. При этом наблюдалось постепенное «упрощение» их структуры с большим звучанием не бредовых, а аффективных расстройств. В стадии стабилизации не возникало новых бредовых идей, а сложившиеся ранее приобретали более инертный и однообразный характер. Бредовой синдром по своим особенностям приближался к редуцированным параноидам малого размаха, впервые возникающим в позднем возрасте. При парафренном синдроме колебания аффекта с возрастом становились стертыми, преобладало монотонное, несколько повышенное настроение, не сопровождающееся двигательной активностью. Фантастический бред утрачивал грандиозность и масштабность, а идеи величия становились менее актуальными для больного. Бредовые идеи по мере старения организма теряли актуальность, в переживаниях начинали звучать темы ущерба, эротические, идеи обыденного содержания, т.е. наблюдалась так называемая возрастная окраска психопатологических расстройств, которые в меньшей степени определяли поведение больных, что способствовало возможности достаточно хорошего приспособления их к окружающей обстановке.

Полученные данные дают основание предположить, что клиническая картина и динамика шизофрении в позднем возрасте во многом обусловлена как патопластическим влиянием инволюции, так и психоорганическими изменениями. Таким образом, медико-социальная помощь данному контингенту больных должна учитывать не только совокупность клинических проявлений, но и социально-психологический статус, определяющийся, помимо болезненного процесса, негативными симптомами и соболезненными церебральными органическими изменениями у пациентов позднего возраста.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ ФОРМ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Чекалова А.В., Тарханов В.С., Маркарьян С.Г.

ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань
savvich-65@mail.ru

В настоящее время выбор нейролептиков - пролонгов довольно широк, срок нахождения препарата в крови варьируется от 3-х до 2-4 недель, что позволяет более тщательно подходить к лечению не только самого заболевания, но и пациента. Прием препаратов пролонгированного действия обладает рядом преимуществ - возможность пациенту самому контролировать прием препарата, более удобный режим введения (особенно для работающего населения), более низкую стоимость лечения. Введение пролонгов позволяет достичь не только стабильного непрерывного поступления препарата в организм, но и обеспечивать довольно низкую его концентрацию в крови, с чем связано меньшее количество побочных эффектов, и, соответственно, применение более низких дозировок корректоров. Кроме того парентеральное введение препарата исключает проблемы, связанные с абсорбцией его в желудочно-кишечном тракте. В тоже время, нельзя не обратить внимание и на некоторые свойства нейролептиков-пролонгов, нивелирующих их положительные качества. Так, например, большинство традиционных нейролептиков вызывают нейролептический синдром, что требует применения корректоров, а так же невозможность быстрого купирования побочных нейролептических симптомов (при их выраженности); отсутствие действия типичных (более доступных) пролонгов на негативную шизофреническую симптоматику; довольно ограниченный выбор препаратов; необходимость контроля времени инъекций препарата, т.к. в зависимости от симптоматики и состояния пациента кратность приема и дозировка препарата может варьироваться. В настоящее время стали более широко использоваться атипичные нейролептики, преимуществом которых является купирование психотической симптоматики, а так же нивелировка, в определенной степени, негативных психических расстройств - оживление эмоционального реагирования, активизация при гипобулии, что, несомненно, повышает качество жизни пациентов. Из наиболее распространенных нейролептиков-пролонгов, применяемых в практике стационара можно отметить - галоперидол-деканоат в начальной дозе 50 мг 1-2р/нед; при необходимости дозировку можно увеличить до 300 мг 1 раз в 4 недели, зуклопентиксола деканоат в начальной дозе 10 мг, а спустя 7-28 дней 100 мг-200 мг, максимальная доза 600 мг 1 раз в 7 дней; флупентиксол-деканоат в начальной дозе 20 мг, затем дозу можно увеличивать до максимальной 400 мг 1 раз в 7 дней в зависимости от эффекта; флуфеназина деканоат в начальной дозе от 12,5 до 25 мг однократно с интервалом 2-4 недели. При необходимости доза может быть увеличена до 75-100 мг. Рисперидон вводят в дозе 25 мг в/м 1 раз в 2 недели. Максимальная доза не должна превышать 50 мг 1 раз в 2 недели. Необходимо учитывать, что средняя продолжительность периода обострения при шизофрении в среднем составляет 18 месяцев. Все это время сохраняется «готовность» симптоматики, купировавшейся под влиянием лечения, возобновиться при отмене нейролептика. При наступлении ремиссии, дозу нейролептиков постепенно снижают до уровня, необходимого для поддержания стабильного состояния. Несмотря на достигнутое благополучие, у пациентов сохраняется повышенная уязвимость к стрессорным влияниям и готовность к развитию болезненной симптоматики. Поэтому прием поддерживающих доз нейролептика следует рассматривать как восполнение дефицита определенного вещества в организме, без чего он не может функционировать на здоровом уровне.

ТЕНДЕНЦИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Чеперин А.И., Богачев М.А., Одарченко С.С., Белецкая С.А.

БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им Н.Н. Солодников», г. Омск
mikebog1982@gmail.com

Уровень госпитализации больных зависит: от мощности стационара, количества зарегистрированных больных по отдельным нозологическим группам, уровня квалификации врачей и качества лечебно-диагностического процесса поликлиники и стационара, развития стационар замещающих форм медицинской помощи, использования перечня показаний к госпитализации.

В целом по стране показатель госпитализации лиц с психическими расстройствами в последние 3 года остается на одном уровне (429,9 на 100 тыс. населения). В Омской области он продолжает снижаться (2013 г. – 357,6, 2015 г. – 308,5). Численность населения области находится примерно на одном уровне, поэтому сравнение абсолютных цифр поступлений в стационар является корректным. Из всех госпитализируемых лиц с психическими расстройствами 90% приходится на БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», в связи с чем анализ причин снижения уровня госпитализации можно проводить на примере данного учреждения, общее число коек в которой в 2013-2015 гг. было стабильным и составляло 1815, из них 1720 - психиатрических.

Пациенты поступают из г. Омска и из сельских районов области. За 3 года число госпитализированных взрослых городских пациентов уменьшилось на 13%, взрослых сельских - на 14%. При этом число госпитализированных городских детей уменьшилось на 16%, а число госпитализированных сельских детей не изменилось. По расстройствам шизофренического спектра общее число госпитализаций уменьшилось на 15%, по непсихотическим психическим расстройствам – на 9%, по умственной отсталости – на 16%, по органическим психозам и деменции – на 9%.

Колебания числа госпитализированных впервые в жизни прямо связаны с колебаниями первичной заболеваемости (выявляемости) психическими расстройствами в регионе. Была установлена прямая зависимость данного показателя от кадровой обеспеченности специалистами, оказывающими психиатрическую помощь. Выявить соответствующие тенденции в группах пациентов, поступающих на принудительное лечение, на судебно-психиатрическую экспертизу, на психиатрическую экспертизу призывников, не удалось.

В последние годы в области успешно развиваются стационар замещающие виды психиатрической помощи, такие как дневные стационары, отделения интенсивной помощи (стационары на дому), в которых насчитывается 445 мест. Можно отметить некоторую тенденцию к увеличению числа пациентов, выбирающих такие формы оказания помощи (на 5% в 2015 г. по сравнению с 2014 г.). Несмотря на востребованность этих видов помощи, дальнейшему их развитию мешает недостаточное количество мест в дневных стационарах и в стационарах на дому.

В связи с более широким использованием современных психофармакологических препаратов уменьшилась тяжесть психических расстройств, удлинилось время ремиссии, поэтому стало меньше показаний для госпитализации в круглосуточный стационар.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Четверкина Е. Д.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» г. Санкт-Петербург

ekaterina_chetve@mai.ru

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — это болезнь легких, для которой характерно устойчивое нарушение движения воздушного потока из легких. Ведущим фактором риска возникновения ХОБЛ признано курение. Большинство пациентов с ХОБЛ, несмотря на угрожающее жизни заболевание, не хотят бросать курить и не соблюдают рекомендации врачей. В связи с этим стоит острая необходимость в изучении факторов, влияющих на отношение пациентов с ХОБЛ к здоровью и лечению и, как следствие, на формирование устойчивой мотивации к отказу от курения.

Цель исследования: изучение уровня тревоги и депрессии, отношения к здоровью и уровня удовлетворенности жизнью с мотивацией к отказу от курения у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов с диагнозом ХОБЛ, в возрасте от 52 до 70 лет. Используются: Шкала тревожности (Спилбергер-Ханин); госпитальная шкала тревоги и депрессии ХАДС; анкета Д. Хорни для определения типа курительного поведения; тест Фагерстрема на определение никотиновой зависимости; анкета на определение мотивации к отказу от курения; Методика «Отношение к здоровью» (Р. А. Березовская); Методика «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни» (Н.Е. Водопьянова).

Результаты: При исследовании эмоционального состояния у 66% курящих пациентов выявлены низкие показатели тревоги и депрессии. Установлен преобладающий тип курительного поведения «Поддержка» (41% пациентов). Т.е. большинство пациентов относятся к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение. Выявлен средний уровень никотиновой

зависимости, т.е. пациенты могли бы бросить курить при наличии достаточной мотивации. Однако у 32 % выявлена слабая мотивация к отказу от курения.

Исследование отношения к своему здоровью показало, что у большинства пациентов (73%) выявлена низкая степень приверженности к здоровому образу жизни. Мотивация на сохранение и укрепление здоровья представлена на среднем уровне. Исследование удовлетворенности качеством жизни показало, что у 58% пациентов низкие показатели в сферах здоровье, общение с друзьями.

У пациентов с ХОБЛ выявляются низкие показатели тревоги и депрессии, слабая мотивация к отказу от курения и доминирующий тип курительного поведения – «Поддержка». Исследуемые не до конца понимают роль здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни, у них отсутствует мотивация на укрепление здоровья; также выявлена низкая приверженность к здоровому образу жизни. Лечение этих пациентов представляет собой трудную задачу. Необходимо разрабатывать психологические методы воздействия, повышающие мотивацию к отказу от курения у больных ХОБЛ.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА

Чубаровский В.В., Лабутьева И.С.

ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России,
НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, г. Москва,
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Chubarovsky@gmail.com

В современных условиях по данным многочисленных клинических исследований отмечается неуклонный рост различных форм психических нарушений у учащихся подросткового возраста. При этом достоверные эпидемиологические данные практически отсутствуют либо основаны на данных полученных из вторичных источников.

Цель исследования: изучение состояния психического здоровья у обучающихся педагогического колледжа подросткового возраста 15-17 лет. В задачи исследования входило получение данных о распространенности и структуре пограничных психических расстройств (ППР) и расстройств иного регистра у обучающихся подросткового возраста; определение групп риска в плане социальной и учебной дезадаптации для дальнейшего динамического наблюдения.

Материалы и методы. Объектом обсервационного исследования явились 78 студентов педагогического колледжа в г. Москве в возрасте 15-17 лет, 71 девушек и 7 юношей. В связи с большим различием и спецификацией колледжа определение гендерных особенностей не предоставляется возможным. Применялись методы исследования: клинический, психометрические методики (опросник СиСС, Гудман). Клинический этап исследования проводился единой группой специалистов по единой систематике и методике, соотнесенной с МКБ-10. Фиксировались как синдромально очерченные, так и донозологические (предболезненные) формы, определяемые понятиями невротические и патохарактерологические реакции. Проводился опрос по педиатрическому вопроснику, включающему субъективную оценку оппонента о состоянии своего психического здоровья.

Результаты. ППР различной степени выраженности были выявлены у 57% обследованных, причем на предболезненные нарушения приходилось около 39% от всех нарушений. Доли невротических и патохарактерологических реакций составили 55% и 45% соответственно. Большая часть ППР приходилась на нозологически очерченные состояния – неврозы, неврозоподобные расстройства, психопатии и психопатоподобные нарушения (40% и 28%). Распространённость шизотипического расстройства и расстройств психотического регистра – соответственно около 6% и 2% от общего количества обследованных. Под наблюдением психиатра находился лишь 1 человек (1,28%)

Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте встречаемости лиц с ППР и расстройств шизофренического спектра в обследуемом контингенте обучающихся. Подавляющая часть нарушений находится вне поля зрения специалистов. Полученные данные требуют разработки и проведения мероприятий вторичной психопрофилактики в подростковом контингенте учащихся.

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Чуканова Е.К., Шмуклер А. Б.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва
emozgoved@gmail.com

Материалы и методы: Сплошным невыборочным методом были обследованы больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (18 лет и старше) в количестве 191 человек, состоящих под диспансерным наблюдением и наблюдавшихся в лечебно-консультативной группе в 2005-2006 гг. Изучение клинко-психопатологических, клинко-социальных характеристик этого контингента позволило определить наиболее уязвимые стороны социального функционирования, потребности в инструментальной и эмоциональной поддержке, выделить проблемные группы пациентов. Из числа обследованных больных случайным образом было отобрано 52 пациента в основную и 52 человека - в контрольную группу. До включения в программу основная и контрольная группы были сопоставимы по клинко-социальным характеристикам. С пациентами основной группы в течение года проводились психосоциальные мероприятия, в том числе, по психообразовательной методике (основной и поддерживающий циклы). Больные контрольной группы получали традиционное лечение в психо-неврологическом диспансере. Обе когорты пациентов обследовались до включения в программу, по тем же параметрам по завершении программы, а также катamnестически (через год). Пациенты оценивались клинко-психопатологически, а так же с помощью стандартизированных шкал: PANSS, «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных», «Шкалы оценки социальных сетей психически больных», «Шкалы оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных», карты «Оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы», «Карты для оценки возможности независимого проживания психически больных».

Результаты: По завершении программы в основной группе доля пациентов с высокой степенью информированности о своем заболевании, методах лечения и предупреждении обострения составляла от 30,8% до 55,8% ($p < 0,05$); достоверно возросла регулярность приема фармакотерапии (на 28,9%); уменьшилась частота госпитализаций на 50,8%, поступлений в ДС на 58,1%, частота обострений на 44,5%, сократилась длительность пребывания больных как в психиатрической больнице на 17,5%, так и в дневном стационаре на 18,3%. Снизились показатели по субшкале общепсихопатологической симптоматики PANSS: с 26 баллов до 23,42; улучшились показатели характеристики круга общения (на 0,86 балла) и отношения с окружающими (на 0,56 балла). Показатели субъективной эмоциональной поддержки увеличились на 33,8%, социальной интеграции на 31,5%. Отмечалось расширение социальных контактов и улучшение качества общения: средний размер социальной сети вырос с 4,83 до 5,31 на одного больного, интенсивность общения в основной группе возросла на треть с 10,04 до 14 баллов. По завершении программы ответ «скорее удовлетворены» качеством жизни в связи с психическим состоянием дали 71% пациентов, в то время как к началу программы было 27%; Удовлетворенность качеством жизни в целом статистически достоверно повысилась с 52% до 61%. Таким образом, комплексная психосоциальная работа на участке диспансера способствует улучшению качества жизни, социального функционирования и интеграции в сообщество.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Шабанов С.А., Пономарев С.Н.

БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница», г. Вологда
vopb35@vopb35.ru

Смертность от суицидов в течение последних десяти лет в Вологодской области имеет тенденцию к снижению. Так в 2004 г. она составляла 46,9 на 100 тысяч населения, а в 2015 г. - 18,7 на 100 тысяч. Несмотря на это, данная проблема по-прежнему остается актуальной. С 2013 г. в

Вологодской областной психиатрической больнице ведется регистрация случаев суицидального поведения лиц, поступающих на стационарное лечение, и проводятся консультации врачами-психиатрами в других лечебных учреждениях города.

Анализ статистического материала показал, что в 2015 г. отмечался рост суицидального поведения среди подростков до 18-летнего возраста. (3,7% в 2014 г. и 11,5% в 2015 г.). Максимальное количество суицидов приходится на трудоспособный возраст с 18 до 30 лет (78% всех случаев). Среди суицидентов этой возрастной категории преобладали лица мужского пола, а в возрастном периоде 51-60 лет количество женских суицидов в два раза выше, чем мужских. Наиболее часто потенциальные самоубийцы наносили себе порезы и совершали отравления (по 35% всех случаев), либо предпринимали попытку самоповешения (18-22%). У мужчин преобладали самоповешения, у женщин - отравления большими дозами лекарственных препаратов. Отмечались два случая применения огнестрельного оружия (самострелы) и два случая самоутопления. В 23% случаев пациенты совершали суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения, данное соотношение оставалось стабильным на протяжении последних трех лет. У 20% госпитализированных в анамнезе были попытки самоубийства в прошлом. Установлено, что наибольшее количество суицидальных попыток приходилось на январь и май месяцы. Доля лиц с непсихотическими расстройствами, проходивших лечение в больнице, составила 42,4%, с умственной отсталостью - 8,7%, шизофренией - 8,7%, органическими психозами - 19,6%, аффективными психозами - 1,1%, заболеваниями, связанными с употреблением психоактивных веществ - 14,1%.

В связи с тем, что имеется существенный рост суицидальной активности среди подростков, необходимо дальнейшее изучение причин данного явления. Представляется целесообразным проведение образовательных программ для родителей и педагогов по вопросам профилактики суицидов.

СИСТЕМНЫЕ РИСКИ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Шалимов В.Ф. ,Казakovцев Б.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
shalimov1942@mail.ru, bakazakovtsev@serbsky.ru

В порождении системных рисков развития психических расстройств в равной мере участвуют недостаточная научная проработка инклюзивных процессов и отсутствие внятной политики (нормативно-правовая база, финансирование), модернизации образования. Значительная распространенность социально обусловленных психических расстройств у детей указывает на необходимость дальнейшей разработки критериев оценки роли социального фактора (включая реализацию инклюзивных процессов) в генезе и профилактике нарушений психического здоровья и критериев оценки эффективности врачебной деятельности.

В данном отношении одним из системных рисков является последовательное и планомерное редуцирование специального образования под влиянием инклюзивных процессов в регионах в ходе реализации административной реформы. Другим серьезным риском развития или обострения психических расстройств у ребенка может стать профессиональная некомпетентность педагогического персонала. Ключевым условием снижения рисков развития или обострения психических расстройств у ребенка является формирование адекватных социальных и мотивационных механизмов в процессах реформирования специального образования и развития инклюзивного образования.

В первую очередь речь должна идти о формировании адекватной мотивации у родителей детей с особыми образовательными потребностями. Мотив «мой ребенок будет, как все, ходить в школу недалеко от дома» должен смениться мотивом «мой ребенок должен получить качественное образование, коррекционно-педагогическую и специализированную медицинскую помощь там, где для этого созданы наилучшие условия, чтобы затем вести полноценную и достойную жизнь». Второе условие - критическое отношение органов управления образованием и специалистов-педагогов к существующей сегодня практике распространения «административной инклюзии», ликвидации специальных учреждений и соответствующей системы помощи в них.

В свете сказанного целесообразно иметь в виду следующие подгруппы психических нарушений, наиболее часто имеющих место в образовательной среде и возможно обусловленных неадекватностью предложенной ребенку формы образования: реактивные состояния; психосоматические расстройства; аномалии личностного и психического развития; функционально-динамические психические расстройства. Где бы ни обучался ребенок с ограниченными возможностями психического здоровья – в специальном образовательном учреждении или в условиях инклюзии – это должно быть специальное обучение, сочетающееся со специализированной (психиатрической) медицинской помощью. Только так может быть достигнут оптимальный уровень его социального функционирования и его интеграции в образовательную среду.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ

Шамрей В.К., Железняк И.С., Тарумов Д.А., Евдакова И.А., Якуша Д.Н.

Военно-медицинская академия им.С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Tarumov@live.ru

Отдельно взятые методы раннего выявления лиц, употребляющих наркотические препараты мало информативны и не отвечают современным тенденциям роста аддиктивной патологии, что требует пересмотра данной концепции в целом с точки зрения комплексной диагностики данных состояний. Этим обуславливается целесообразность поиска дополнительных (к клинко-психопатологическому и лабораторному), комплексных методов диагностики аддиктивных расстройств, включающих в том числе функциональную нейровизуализацию.

Материалы и методы. Обследовано 65 пациентов мужского пола (25,9±2,6 лет) с подтвержденным диагнозом синдрома зависимости от опиоидов. Стаж наркотизации 9,5+3,4 лет. Контрольная группа здоровых лиц составила 27 человек. Психическое состояние оценивалось с помощью клинко-психопатологического метода и психометрических шкал: анкеты для оценки выраженности синдрома ангедонии; шкалы тяжести зависимости (SDS-S) и (SDS-D); шкалы этапа изменения в готовности и стремлении к лечению (SOCRATES); диагностического скринингового опросника (PDSQ). При исследовании функциональных характеристик головного мозга пациентам выполнялась функциональная МРТ (фМРТ) с использованием стимульного материала. При проведении нейровизуализационных исследований изучались особенности паттернов мозгового ответа у больных основной выборки и контрольной группы.

Результаты. При обследовании с помощью методики SDS тяжелая степень наркотической зависимости определялась у 62,7% (n=25) больных, средняя и умеренная – у 37,3% (n=13 и n=3 соответственно) больных. По результатам шкалы готовности и стремления к лечению (SOCRATES) все пациенты продемонстрировали достаточно высокие показатели, при этом статистически значимые отличия выявлялись между группами с длительной и ранней ремиссиями – по параметрам «осознания» и «принятых усилий». По данным опросника PDSQ, и соотношению его результатов с результатами шкалы тяжести зависимости SDS, у лиц с тяжелой степенью наркотической зависимости выявлялись признаки тяжелого депрессивного эпизода с высоким суицидальным риском. А у лиц со средней и умеренной тяжестью наркотической зависимости (по результатам того же опросника) психическое состояние соответствовало критериям генерализованного тревожного расстройства с соматическим компонентом и ипохондрическими включениями. Полученные результаты показывают, что на момент включения в исследование у больных всех групп регистрировались высокие показатели реактивной тревоги, суицидального риска, депрессии, высокие показатели выраженности всех трех компонентов синдрома ангедонии, а также, не смотря на различные сроки ремиссии, было выявлено интенсивное влечение к опиатам. При этом, по результатам шкалы готовности и стремления к лечению (SOCRATES) все пациенты продемонстрировали достаточно высокие показатели. В ходе нейровизуализационного исследования были определены области со статистически достоверными активациями в областях систем «памяти» (миндалины и гиппокамп), «когнитивного контроля» (лобная и префронтальная кора), «мотиваций и эмоций» (лобная кора). Активации в зоне ствола и моста головного мозга вероятнее всего связаны со скоплением в этой области опиоидных рецепторов. В ходе исследования значимых корреляций описанных нейрофункциональных изменений с длительностью заболевания и ремиссии, клинической симптоматикой не обнаружено.

ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СОТРУДНИКОВ ОВД

Шибаяев П.В.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск

schibaev.pavel@yandex.ru

Служба в правоохранительных органах сопряжена с профессиональными перегрузками, повышающими риск развития стрессовых психических расстройств, что снижает трудоспособность личного состава и боеспособность подразделений в целом.

Целью исследования являлось изучение клинико-психопатологических и психологических особенностей расстройств адаптации (РА) у сотрудников органов внутренних дел, вернувшихся из командировок в Северо-Кавказский регион.

Материалы и методы. Было обследовано 519 сотрудников УМВД России по Курской области, из которых были сформированы две группы: основная, включавшая в себя 192 бойца спецподразделений ОВД (СОБР, ОМОН) и 236 сотрудников подразделений полиции охраны общественного порядка, выполнявших задачи по обеспечению правопорядка в республике Дагестан в 2014-2015 гг.) и контрольная, куда вошли 85 сотрудников, проходивших курс первоначальной подготовки полиции в Центре профессиональной подготовки УМВД России по Курской области в 2015-2016 гг. Обе группы до направления в командировку (основная) или до начала курса первоначальной подготовки (контрольная) и по возвращении были обследованы на базе Центра Психофизиологической Диагностики и поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по Курской области» с применением клинико-психопатологического, экспериментально-психологического и статистического методов.

Результаты. В результате исследования, основываясь на клинических критериях МКБ-10 и данных психометрических методик (*Шкала Гамильтона для оценки депрессии, Госпитальная шкала тревоги и депрессии*), в основной группе был установлен диагноз расстройства адаптации у 31 бойца спецподразделений (16,14%) и у 65 сотрудников полиции охраны общественного порядка (27,54%); в контрольной группе расстройства адаптации встречались у 23 сотрудников (27,06%). Распределение разновидностей РА было следующим: кратковременная депрессивная реакция определялась у 15 бойцов 1-й подгруппы основной группы (48,38%), 17 сотрудников 2-й подгруппы (26,15%), 7 сотрудников контрольной группы (30,43%); пролонгированная депрессивная реакция, соответственно – в 2 (6,45%), 10 (15,38%) и 8 (34,78%) случаях; смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) – в 14 (45,16%), 38 (58,46%) и 8 (34,78%) случаях. Было достоверно ($p < 0,05$) установлено, что в клинической картине у сотрудников основной группы преобладают гипогедония и соматовегетативные жалобы, в контрольной группе – астенические симптомы и симптомы нарушений в когнитивной сфере (рассеянность и трудность сосредоточения внимания). Предрасполагающим фактором к развитию РА в обеих группах было наличие у сотрудников акцентуаций характера, что способствовало личностной уязвимости к стрессовым воздействиям.

Сотрудники с расстройствами адаптации будут внесены в группу риска и взяты под диспансерное наблюдение как лица со сниженным адаптационным потенциалом, которым противопоказаны длительные командировки, а при необходимости они будут направлены на ВВЭ для решения вопроса определения годности к дальнейшей службе в ОВД. Полученные результаты будут использованы в дальнейшем при составлении программы реабилитации для сотрудников МВД, обнаруживающих симптомы расстройства адаптации после длительных командировок, и разработки методов профилактики данных расстройств.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ЖЕНЩИН С ОРГАЗМИЧЕСКИМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

Шигапова В.И., Ягубов М.И.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.

Сербского» Минздрава России, филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва

vi-shig1@yandex.ru, yaguobov@mail.ru

Цель исследования: разработка дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий на основе изучения клинико-динамических особенностей и возможных факторов, способствующих формированию оргазмических дисфункций у женщин.

Материалы и методы. В исследование включены 105 пациенток женского пола в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст 29,85±5,93), обратившиеся в отдел сексопатологии Московского НИИ психиатрии с жалобами на расстройство оргазма (F 52.3 Оргазмическая дисфункция).

Результаты. В результате комплексного обследования больные были распределены в 3 клинические группы в зависимости от характера психической патологии: I группа – пациентки с невротическими расстройствами – тревожно-депрессивное расстройство, тревожно-фобическое расстройство, неврастения (37,1%); II группа – со специфическими расстройствами личности – шизоидное, истерическое и тревожное (37,1%); III группа с шизотипическим расстройством (25,8%). При изучении особенностей психосексуального развития было установлено, что во всех трех группах преобладал вариант задержки на эротической стадии, что затрудняло установление долгосрочных партнерских отношений ($R=0,51$; $t=2,8$; $p=0,01$). Пациентки с гармоничным психосексуальным развитием и нормальным либидо чаще всего имели постоянных партнеров, что подтверждается выявленной корреляцией ($R=0,41$; $t=2,13$; $p=0,044$).

Снижение полового влечения у исследуемых женщин коррелировало с «отсутствием полового партнера» ($R=0,41$; $t=2,16$; $p=0,042$) и «диспареунией» ($R=0,6$; $t=3,52$; $p=0,001$). Даже при наличии сексуальных отношений у этих женщин не возникало достаточного полового возбуждения (отсутствие или скудная lubricация), что сопровождалось болевыми ощущениями. Также было установлено, что женщины с нормальным сексуальным развитием имели мастурбаторную практику до начала половой жизни ($R=0,45$; $t=2,39$; $p=0,02$), а женщины с тотальной аноргазмией не мастурбировали ($R=-0,84$; $t=-7,27$; $p=0,0001$).

При изучении анамнеза и выявлении причин возникновения данного расстройства был проведен анализ особенностей воспитания обратившихся женщин с целью выявления и устранения разного рода негативных установок. Результаты лечения зависели от психопатологии, выраженности полового влечения, типа аноргазмии и готовности пациенток и их партнеров к реализации предложенного комплекса терапии.

Достаточно часто пациентки прерывали терапию на этапе положительной динамики в межличностных отношениях и улучшения качества сексуальной жизни. Т.о., можно говорить о том, что немаловажное значение в лечении оргазмической дисфункции имеет психотерапия, проводимая чаще параллельно, для устранения факторов, мешающих, основному терапевтическому процессу. Помимо этого психотерапевтические мероприятия были направлены на снятие тревоги, коррекции отрицательного отношения к сексуальным отношениям, негативно влияющего на сексуальную жизнь, межличностные отношения. Парная психотерапия была направлена на устранение конфликтов между супругами, нормализацию отношений с последующими секс-терапевтическими мероприятиями с разработкой индивидуальных сценариев сексуального контакта.

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Шигашев Д.Ю., Яковенко В.В., Горьковая И.А.

Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина,
ГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»,

г. Санкт-Петербург

iralgork@mail.ru

Целью данного исследования явилось исследование частоты встречаемости суицидального поведения у детей и подростков при очном приеме и эффективность оказания психолого-психиатрической помощи семье. Как показывает анализ поводов обращений в кризисно-профилактическое отделение для детей и подростков с телефоном экстренной психологической помощи ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, суицидальное поведение за 25 лет составляет 2,5% от всех обращений. За последние 5 лет это составляет около 80 приемов в год, из них одна треть после суицидальных попыток, а остальные в связи с суицидальными высказываниями. Девочки обращаются в 1,5 раза чаще после суицидальных попыток, а юноши - в 2,5 раз чаще после суицидальных высказываний. Среди детей и подростков с суицидальным поведением преобладают (46% случаев) пациенты с психопатоподобным поведением, в большинстве случаев в сочетании с употреблением психоактивных веществ; на втором месте (22% случаев) - пациенты с расстройством адаптации и с ПТСР (21%). Остальные 11% занимают лица с суицидальными попытками в структуре

депрессивных эпизодов неясного генеза, биполярного аффективного расстройства и депрессивного расстройства органической природы. Эти пациенты направлялись на стационарное лечение.

При анализе психологических причин суицидальных высказываний и совершения суицидальных попыток вне зависимости от возраста и пола детей и подростков на первый план выступают нарушения в системе детско-родительских отношений - 66% случаев. Следует отметить, что дисгармоничные отношения в семье обычно обуславливают возникновение и закрепление иныхотягощающих обстоятельств. Это подтверждается тем, что психокоррекционные мероприятия, направленные только на решение предъявляемых психологических проблем (повышенная тревожность, конфликтность, агрессивное поведение, нарушение мотивации к обучению в школе, нарушение взаимоотношений со сверстниками и т.д.) изначально имеют временный характер с необходимостью постоянного психолого-психиатрического сопровождения. Наибольший эффект приносит семейная психотерапия, которая при суицидальном поведении детей и подростков, с одной стороны, направленная на гармонизацию детско-родительских отношений и, с другой стороны, на подготовку родителей к пониманию проблем их детей и готовности стать для них социальной поддержкой. В связи с этим, нами применяется комплексный подход, который заключается в параллельной работе клинического психолога с ребенком, направленной на коррекцию наблюдаемых симптомов, и психотерапевта с родителями в индивидуальной и групповой форме. В психотерапевтической работе делается акцент на психологию семейного совладания с определением спектра возможных копинг-стратегий или применяется когнитивно-поведенческий подход с использованием научения и способности формировать образы желаемых будущих результатов во взаимоотношениях с детьми в ближайшей и отдаленной перспективе.

АУТОДЕСТРУКТИВНЫЕ ПАТТЕРНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ Шкитырь Е.Ю., Александрова Н.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
lex-vladivostok@mail.ru

Цель исследования: выявить значимые аутодеструктивные паттерны суицидального поведения несовершеннолетних.

Материал и методы. Ретроспективный клинико-психопатологический анализ 71 суицидента в рамках комплексной судебной посмертной психолого-психиатрической экспертизы на базе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (за 2011-2015гг.). Соотношение несовершеннолетних женского и мужского пола составило – 1:1,63. При этом количество суицидальных попыток у девочек было в 3,2 раза выше. Возрастная шкала суицидентов составила от 10 до 17 лет (средний возраст – 13,5 ± 0,75).

Результаты. Выбор суицида несовершеннолетним в качестве решения проблемы происходит по несколько иным механизмам, нежели у взрослых. Здесь сказывается и возрастная психическая несформированность, и факторы физиологического созревания. В связи с этим одним из важных аспектов является определение наличия аутодеструктивного поведения в предшествующем суициду периоде. Детерминантой порождения различных аутодеструктивных форм поведения ребенка является нарушение механизмов адаптации. Аутодеструктивные паттерны были подразделены на две основные группы: первая группа включала в себя несовершеннолетних с аутоагрессивным поведением, имеющих конечной целью осознанное лишение себя жизни. В данную группу вошли несовершеннолетние, имеющие в анамнезе неоднократные суицидальные попытки (документально подтвержденные в 42% случаев). Среди способов совершения суицидальных попыток в 12% случаев – повешение (сделали петлю, наметили место или поставили стул), при этом в подавляющем большинстве случаев (около 80%) попытки указанным способом совершали лица мужского пола; в 30% - по типу отравления (зачастую неоднократного) действовали преимущественно лица женского пола (использовались следующие лекарственные вещества: аспирин, но-шпа, верапамил, бисакодил, флуоксетин). Вторую группу составили дети/подростки с поведением, направленным на причинение физического вреда своему организму, но без цели лишения себя жизни. В данную группу вошли случаи нанесения самоповреждений - 29% (из них самопорезы предплечий- 74%; в 24% – множественные поверхностные порезы кожных покров конечностей, груди; в 2% случаев самопорезы сочетались с прижиганием кожных покровов сигаретами). Целью

совершения самоповреждений несовершеннолетними в 66% случаев являлась своеобразная «релаксация», в 31% случаев являлась демонстрация значимому окружению, получение удовольствия – в 3%. Во второй группе в 10% случаев отмечались экстремальные занятия (например, ружинг), а также прием различных психоактивных веществ (9%).

Таким образом, аутодеструктивные паттерны являются своеобразным компенсаторным механизмом адаптации и стабилизации несформированной личностной структуры, неосознанным желанием приспособиться к неблагоприятным условиям, а их наличие может указывать на риск суицидального поведения. Исходя из этого, должны разрабатываться меры диагностики потенциальной опасности и профилактики суицидов, реализуемые на базе школ, учреждений социальной защиты и медучреждений, необходимо совершенствование психологической компетентности родителей, педагогов в распознавании первых признаков формирования аутодеструктивного поведения у несовершеннолетнего.

ПУТИ РАЗВИТИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМ ПАЦИЕНТАМ

Штаньков С.И., Харитонов Е.В.

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»

Минздрава России, г. Воронеж

Shtankov_s@mail.ru

Одним из наиболее распространенных психических заболеваний, приводящих к инвалидизации лиц молодого возраста, является шизофрения. Учитывая высокое бремя экономических затрат на шизофрению, в настоящее время в медицине все большее развитие получает комплексный медико-социальный подход к терапии данного заболевания. Несомненный научный и практический интерес представляет выявление индивидуальных проблем, потребностей, условий функционирования больных с шизофренией для оказания им адресной медико-социальной помощи.

С целью изучения потребностей, притязаний, социально-трудовых характеристик больных с длительным течением шизофрении и последующей разработки комплексных индивидуальных программ медико-социальной поддержки проведено изучение выборки из 270 больных. Задачами исследования явились: сбор и анализ клинических и социальных характеристик больных с длительным течением шизофрении; группировка признаков, влияющих на социальное функционирование; выявление факторов-мишеней, указывающих на наибольшую несостоятельность пациентов в той или иной сфере; разработка индивидуальных реабилитационных программ.

В ходе проведения анализа переменных получены следующие характеристики и факторы, затрагивающие определенные сферы жизнедеятельности больных.

1. Низкая медицинская активность (комплаенс, посещаемость диспансера, оценка своего физического здоровья).

2. Низкое материальное обеспечение (обеспечение одеждой, качество питания, жилищные условия).

3. Условия проживания (одинокие, семейное положение, состав семьи, общение, ощущение благополучия).

4. Конфликтность (круг общения, взаимоотношение с родственниками, потребность иметь друзей, интеллектуальная продуктивность).

Учитывая полученные данные, можно определить основные направления социальной работы на данном уровне. Лицам с низкой медицинской активностью требуется более активное вовлечение в лечебный процесс, использование групп поддержки, полипрофессиональных бригад, что позволит улучшить качество ремиссии и предотвратить рецидив. Одиноким больным показано активное включение в социальные внесемейные сети, групповые формы поддержки, клубная работа. Лицам с низким материальным обеспечением возможна разработка адресных программ материальной помощи с привлечением государственных и негосударственных фондов.

Таким образом, в учреждениях психоневрологического профиля необходимо внедрять комплексную систему психосоциальной реабилитации с учетом индивидуальных потребностей пациентов. В результате работы получены факторы социальной дезадаптации, включающие ряд характеристик больных, которые могут быть использованы для создания автоматизированной

системы диагностики уровня реабилитационного потенциала и разработки мероприятий социальной поддержки инвалидов.

ОГРАНИЧЕННАЯ ДЕЕСПОСОБНОСТЬ (СТ. 30 ГК РФ)

Шулина И.Н., Валинуров Р.Г., Захарова Г.Г., Колкан Н.Н., Айрапетова О.В.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

rishatikhonova@gmail.com

Федеральный закон от 30 декабря 2012 года № 302–ФЗ «О внесении изменений в главы 1,2,3 и 4 части первой Гражданского кодекса РФ» был принят Государственной Думой 18.12.2012 г., одобрен Советом Федерации 26.12.2012 г. и вступил в силу с 01.03.2013 г. Следом, с 01.03.2015 г. вступили в силу изменения в п. 14, 15 «б», вносимые в ст. 29, 30 ГК РФ. Согласно п. 2 ст. 30 Гражданского кодекса Российской Федерации (ГК РФ), гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством (ГПК РФ). Над таким гражданином устанавливается попечительство. Он вправе совершать сделки с письменного согласия попечителя, но имеет право самостоятельно распоряжаться своими заработком, стипендией и иными доходами, совершать мелкие бытовые сделки, а также сделки, направленные на безвозмездное получение выгоды, не требующие нотариального удостоверения либо государственной регистрации, совершать сделки по распоряжению средствами, предоставленными законным представителем или с согласия последнего третьим лицом для определенной цели или для свободного распоряжения. При ограничении дееспособности в настоящее время обязательное проведение судебно-психиатрической экспертизы не предусмотрено. Считается, что анализ социальной ситуации, выявление интересов больного, круга тех, кто может ему помочь, не требует специальных познаний психиатров. В настоящее время предлагается обязательное назначение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы при лишении и ограничении дееспособности.

С момента вступления в законную силу изменений законодательных положений о недееспособности и ограниченной дееспособности, на базе ГБУЗ Республиканской клинической психиатрической больницы №1 МЗ РБ, в экспертном судебно-психиатрическом отделении для лиц, находящихся под стражей, 8 человек были признаны ограниченно дееспособными. Их психическое состояние в основном соответствовало легкому или умеренному снижению психических функций в сочетании с легкими или умеренными эмоционально-волевыми нарушениями. Стоит отметить, что судопроизводство оказалось не готовым к изменениям, внесенным в статью об ограниченной дееспособности. При ознакомлении с заключением судебно-психиатрической экспертизы, в котором гражданин признается ограниченно дееспособным, у судей часто возникают сомнения и вопросы, что требует дополнительных разъяснений и присутствия экспертов на судебном заседании.

Социальные запросы ограничения дееспособности лица более гуманны, нежели лишения его дееспособности, так как исключают неправомерное распоряжение денежными средствами и определение лица в психоневрологический интернат и в то же время оберегают его от отчуждения имущества и от растрат денежных средств (кредиты, займы и т.п.). Однако, также как и признание гражданина недееспособным, ограничение дееспособности является вмешательством в сферу личной свободы человека и составляет ограничение его прав и свобод. Объем таких ограничений существенно меньше, чем в случае недееспособности, однако любое ограничение прав и свобод человека допустимо только в исключительных ситуациях, когда иные меры защиты оказываются недостаточными. Таким образом, назначение любых мер защиты должно учитывать принципы максимального сохранения дееспособности и индивидуального подхода.

ПРЯМЫЕ И КОСВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АЛКОГОЛИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРАСНОДАРА Шулькин Л.М., Ломакина Г.В, Косенко В.Г., Косенко Н.А., Агеев М.И.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар
shulkin_m@mail.ru

Последние несколько лет вопросы эпидемиологии алкогольной зависимости в Российской Федерации являются одними из приоритетных на уровне органов исполнительной власти. Тем не менее, в периодических научных изданиях и монографиях последних лет отмечается явный дефицит аналитических материалов по эпидемиологическим вопросам наркотизации населения и в частности алкоголизации. Аналитическая оценка прямых и косвенных эпидемиологических показателей дает более глубокое понимание сути происходящего процесса, что позволяет значительно повысить эффективность работы соответствующих служб антиалкогольной направленности в вопросах диагностики, лечения, профилактики и в итоге уровня распространения в населении явлений хронической алкогольной интоксикации

Собрана статистическая информация в отношении прямых и косвенных показателей алкоголизации населения г. Краснодара за 2014-2015 гг. Данные получены из ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗ КК, КГК Больницы скорой медицинской помощи, ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» МЗ КК.

Выяснено, что за указанный период времени в г. Краснодаре не происходило значительной динамики в отношении показателей болезненности, заболеваемости алкогольной зависимостью и алкогольными психозами. Значимо увеличилось количество зарегистрированных лиц с эпизодическим употреблением алкоголя (на 14,7%). Примерно на одном уровне осталось количество вызовов по скорой медицинской помощи к пациентам, находящимся в алкогольной интоксикации. В значительной степени (на 29,5%) снизилось количество вызовов по поводу случаев отравления алкоголем. По итогам 2014-2015 гг. резко снизилось количество смертей, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя. Так, общие цифры в абсолютных показателях уменьшились на 52%, из них количество смертей в трудоспособном возрасте на 55%.

Таким образом, проведенные предварительные исследования позволяют говорить с одной стороны о стабилизации эпидемиологической ситуации в отношении алкоголизации населения в г. Краснодаре, если ориентироваться на наркологическую службу, с другой стороны мы наблюдаем резкие колебания косвенных показателей распространенности этой патологии в населении по данным других служб города. Данная ситуация требует дополнительных исследований в динамике с использованием и других косвенных признаков распространения алкоголизации среди населения г. Краснодара.

ДВА ТИПА ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО ИЗМЕНЕНИЯ В РАМКАХ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ АДДИКТИВНОГО ПАЦИЕНТА Шустов Д.И.

ГБОУ «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Рязань
Dmitri_Shustov@mail.ru

Многообразие взглядов на проблемы выздоровления аддиктивного пациента простирается от гипотезы нулевой толерантности до условной трезвости вследствие приема заместительных препаратов, выписанных врачом.

Дискуссии по поводу длительности и качества терапевтических ремиссий высвечивают некий феномен, называемый естественным выздоровлением (прекращение употребления ПАВ вне медицинской среды или среды сообщества), которому, как оказалось, подвержена значительная группа людей, удовлетворяющих медицинским критериям «зависимости» или «употреблению с пагубными последствиями». Естественное выздоровление предполагает наличие излечивающего (реабилитирующего) процесса, который течет вопреки патологическому. Как и патологический процесс, процесс естественного выздоровления также имеет свои стадии. Можно задать вопрос: что должно произойти, чтобы аддиктивный процесс «остановился» и/или заместился позитивным процессом? Например, национальное эпидемиологическое исследование алкоголизма и связанных заболеваний (NESARC) к таким событиям относят окончание университета, трудоустройство, брак, появление детей и др.

С другой стороны, можно допустить, что эти два процесса сосуществуют параллельно, коль скоро гипотеза расщепления личности на аддиктивную и нормативную части находит нейрофизиологические подтверждения. Также можно допустить, что сам аддиктивный процесс является этапом более общего процесса развития и «самоактуализации» личности на протяжении «жизненного пути», причем не всегда позитивного, а, например, вынужденного, как считал Фрейд, или сценарного, как считал Берн. В этих случаях процесс выздоровления будет представлять собой активное изменение, сделанное личностью (вне – или внутри терапевтической среды), которое отражает внутреннюю работу по «переключению» с одного пути самоосуществления на другой.

Два типа выздоровления являются результатом такой работы. При первом типе – зависимому удастся отказаться от наиболее одиозного и смертельно-опасного пути в пользу копингового. При этом удержание трезвости для него станет актуальной проблемой. При втором типе выздоровления – ранее зависимому человеку удастся не только отказаться от употребления вещества, но и изменить патологические решения, сделанные в детстве под влиянием неблагоприятной среды. Удержание трезвости не будет для него актуальной задачей.

ФАКТОРЫ РИСКА НАРКОМАНИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Югансон А.А.

ГБУЗ РБ «Кигинская центральная районная больница», г. Верхние Киги
yuganson89@mail.ru

Наркомания – это не только медицинская, но, и масштабная социальная проблема, фактор разрушения общественной и национальной безопасности, торможения экономического развития страны. В настоящее время в России более 3 миллионов наркологических пациентов, 82,2% – страдают алкоголизмом, 16,6%-наркоманией, среди них лица с опиоидной зависимостью составляют 87,5%.

С целью выявления факторов, влияющих на формирование наркоманий, проведено анонимное социально-психологическое исследование студентов ВУЗов и ССУЗов г. Уфы в возрасте 17-20 лет. Средний возраст респондентов составил 18±0,2 лет. Исследование проводилось одномоментно. Было опрошено 2232 человека, из них мужчины-64% и женщины-36%. Основными причинами распространения наркотиков респонденты указали: социальное неблагополучие, безработицу, моральную деградацию общества и незанятость молодежи. Доступность наркотиков по мнению 55% респондентов является одним из важных факторов риска наркотизации населения. К мерам необходимым для решения проблем наркомании респонденты отнесли: ужесточение мер наказания за наркопреступления - 20%, увеличение количества реабилитационных центров - 16%, расширение работы с молодежью, помощь в социализации - 15%, расширение сети анонимных наркологических кабинетов - 13%, разъяснительные беседы наркологов, представителей правоохранительных органов - 11%, принудительное лечение наркоманов - 10%, повышение доступности помощи психологов, психотерапевтов - 10%. Анализ представленных данных позволяет сделать ряд выводов. Учащуюся молодежь серьезно волнуют проблемы наркотизации населения, которая представляет серьезную угрозу для безопасности страны, экономики, политики, демографии. Среди причин, определяющих высокий уровень наркотизации населения, наиболее важными считаются социальное неблагополучие, экономические проблемы, моральная деградация общества. При опросе выяснилось, что 75% респондентов пробовали наркотики в возрасте от 15 до 20 лет, 10% из них употребляют наркотики с частотой 1 раз в день, при этом 8% не хотят прекращать употребление наркотиков, что указывает на высокую вероятность формирования зависимого поведения. Определенную часть респондентов от употребления наркотиков удерживает страх ранней смерти, осознание отрицательного отношения к употреблению наркотиков, потеря уважения близких, опасность заболеть ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами. Необходимо продолжать изучение проблем наркомании, ввиду того, что это влияет на качество уровня жизни, благосостояния населения, и в конечном итоге сказывается на возможностях экономического роста в стране. Основной акцент следует сделать на разработке и утверждении программ антинаркотической пропаганды и выявления наркозависимых среди молодежи. Данные меры придадут необходимое ускорение и повысят потенциал реализуемых и готовых к реализации программ реабилитации субъектов Российской Федерации.

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ И НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ, ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРОМ

Юлдашев В.Л., Тимербулатов И.Ф., Бакиров Л.Р., Ахмадеев Р.Р., Калимуллина Д.Х.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа
uvlprof@gmail.com

Феномен интернет-зависимости привлекает внимание ученых, исследователей сети, средства массовой информации. И хотя существование интернет-зависимости еще не нашло подтверждения в официальной классификации заболеваний, относиться к ней следует не менее серьезно, чем к другим разновидностям химической и нехимической зависимости. С целью изучения пограничных психопатологических нарушений пользователей компьютеров нами было изучено 128 студентов медицинского и педагогического университетов г. Уфы, из них 31 юноша и 97 девушек, средний возраст которых составил $22,03 \pm 0,78$ года. В качестве основного инструмента исследования была подобрана гибкая батарея тестов, состоящая из известных валидных психометрических методов: анамнестические вопросы для определения характера, продолжительности и интенсивности пользования компьютером; тест для скринингового исследования компьютерной зависимости Л.Н. Юрьевой; опросник качества жизни ВОЗ и тест социально-психологической адаптации (СПА). Всего в психометрическую батарею вошли 327 вопросов. В ходе исследования было установлено, что подавляющее большинство (90%) обследованных пользуются интернетом ежедневно. По собственным оценкам студентов около половины из них (47%) «живут» в интернете. По 3-4 часа за сеанс во всемирной сети проводят 65%, около 10-20 минут – 35% обследованных. Исследование интернет-зависимости по методике Л.Н. Юрьевой установило, что около 12% обследованных нами имеют риск развития интернет-аддикции (ИА). Более четверти (25,93%) студентов, пользователей персонального компьютера, уже находятся на стадии формирования ИА и 62,12% на стадии увлеченности интернетом. Показано, что интернет используют для получения информации, для учебы или работы 23%, общения в соцсетях - 23%, потребления аудио-видеоконтента - 21%, просмотра новостей - 11%, развлечения и игр - 8% опрошенных. Анализ субъективного отношения исследуемых респондентов к «всемирной сети» показал, что более половины из них (55%) только иногда получают удовольствие от пользования интернетом, часто получают удовольствие 25% и 20% студентов удовольствие от работы в интернете получают всегда. Не исключено, что использование интернета для многих респондентов может служить своеобразным стимулятором, определяющим их эмоциональное состояние. У различных личностей Интернет может выполнять функции психологической защиты («вытеснения», «проекции», «сублимации» и др.), компенсировать нереализованные желания, комплексы. Чувство нервозности, снижение настроения, раздражительность или чувство пустоты вне сети никогда не испытывают более половины (56%) обследованных студентов, изредка - 40%, часто - 3%. Для улучшения настроения или ухода от жизненных проблем 47% опрошенных редко чувствуют потребность сесть за компьютер, никогда не чувствуют - 42%, часто - 10% студентов. Таким образом, данные предварительного исследования студентов с интернет-зависимостью выявили широкий спектр неврозоподобных расстройств, требующих углубленного исследования специалистов различного профиля.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОТСТАВЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ (НА ПРИМЕРЕ РОДСТВЕННИКОВ ДЕТЕЙ, ПОГИБШИХ В АВИАКАТАСТРОФЕ НАД БОДЕНСКИМ ОЗЕРОМ)

Юсупова Г.Р.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики
Башкортостан, г. Уфа
gouzel@bk.ru

Столкновение над Боденским озером — крупная авиационная катастрофа, произошедшая в ночь с понедельника на вторник 1 июля 2002 г. Авиалайнер Ту-154М авиакомпании «Башкирские авиалинии», выполнявший рейс ВТС2937 из Москвы в Барселону, столкнулся в воздухе с грузовым самолётом Boeing 757-200PF компании DHL. Столкновение произошло недалеко от маленького города Юберлинген, около Боденского озера (Германия). В катастрофе погибли все находившиеся на борту обоих самолётов 71 человек — 2 на «Боинге» (оба пилота) и 69 на Ту-154 (9 членов экипажа и

60 пассажиров, среди которых было 52 ребёнка). Психотерапевтическое опровождение родственников погибших пассажиров и членов экипажа разбившегося самолета проводилось на разных этапах, начиная от сопровождения в аэропорт, во время перелета в Германию, посещения места авиакатастрофы, при сдаче анализов ДНК, при выдаче и опознаний личных вещей погибших, а также при проведении переговоров родителей с представителями компании «Skyguide», во время встречи самолета с телами погибших в Уфе и при проведении траурных мероприятий.

Психотерапевтическая помощь в Германии оказывалась 210 родственникам погибших силами 5 специалистов-психотерапевтов, 1 кардиолога, 1 реаниматолога, а также с немецкой стороны работали 50 волонтеров. В Уфе с каждой семьей работал один специалист, «работа горя» шла рука об руку с психологами и психотерапевтами на всех этапах круглосуточно.

Мы встречали некоторые патологические формы проявления «работы горя», такие, как «мумификация», избегание, озлобленность. С ними велась отдельная работа. Согласно статистике, в 75% случаев семейные пары при потере детей на определенное время перестают функционировать в качестве единой семьи, а в последующем семья нередко распадается. Однако в нашем случае статистика совсем другая. Из 60 семей только 3 семьи развелись, что составляет 5%. Мы считаем, что это произошло по определенным причинам: во-первых, это квалифицированная психолого-психотерапевтическая помощь специалистов, во-вторых, это то, что семьи оказались в одной группе, они все имели похожий опыт и поддерживали друг друга, в-третьих, поддержка всей республики, так как эта трагедия имела большой резонанс: «горе объединяет». К сожалению, не удалось ограничить контакты пострадавших с представителями средств массовой информации, которые вели себя достаточно бесцеремонно, проникая в их личную жизнь, что в отдельных случаях приводило к временному ухудшению состояния родителей и родственников пострадавших.

Анализ психологического сопровождения родственников погибших позволил сформулировать следующие выводы: присутствие рядом с родственниками погибших организованной группы психологов и психотерапевтов снижало остроту переживаний за счет создания атмосферы безопасности и сопричастности специалистов к происходящему. Таким образом, работа с массовым переживанием горя и утраты требует от специалиста большого профессионального мастерства, личных человеческих качеств, стрессоустойчивости и, главное, умение использовать приемы саморегуляции с целью собственной безопасности.

ФАКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ястребова В.В., Митихин В.Г., Солохина Т.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

vyastrebova@gmail.com

Целью настоящей работы является выявление комплекса факторов, формирующих приверженность к лечению больных шизофренией на основе построения регрессионных моделей и разработка мер по повышению готовности пациентов следовать назначениям врача.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 107 пациентов с диагнозом шизофрении (мужчин – 44 чел., женщин – 63 чел.), а также 105 членов их семей. Использована батарея из 12 клинических и психологических опросников и шкал: осознание болезни при психозе (M. Birchwood et al.), отношение к лекарственным препаратам (T. Hogan et al.), оценка социального функционирования (M. Weissman, S. Bothwell), методика исследования стадий психотерапевтического процесса (E.A. McConaughy et al.), опросники по оценке взаимоотношений врач-пациент (врач-родственник) и удовлетворенности оказываемой помощью, разработанные в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ и пр. Статистическая обработка проводилась в два этапа: на первом этапе осуществлялся корреляционный анализ для отбора значимых характеристик (исследовано более 50 клинических, социально-демографических, психологических и иных факторов) для показателя комплаенса, затем формировались регрессионные факторные модели.

Результаты. Построены линейные модели, связывающие показатели комплаенса пациентов-мужчин (коэффициент надежности $R^2 = 0,607$) и пациентов-женщин (коэффициент надежности $R^2 = 0,504$) с 14-ю факторами, снижающими или повышающими их приверженность к лечению, среди которых выявлены как общие факторы, так и факторы, связанные с гендерными различиями. Анализ показал, что факторами, повышающими комплаенс и у мужчин, и у женщин, являлись осознание болезни, понимание необходимости лечения, его целей и задач, а также адекватное отношение к

заболеванию родственников. Гендерные различия формировались за счет следующих факторов: у пациентов-мужчин повышали комплаенс наличие работы и доход, возраст пациента (чем старше пациент, тем у него более высокая комплаентность), партнерские взаимоотношения с врачом; у пациентов-женщин положительно влияли на комплаенс удовлетворенность качеством оказываемой психиатрической помощи, признание проблемы и намерение разрешить ее, желание сохранить позитивные изменения в состоянии, ощущаемая потребность в психотерапевтической помощи для закрепления результатов, полученных в ходе лечения. Снижали приверженность к лечению у мужчин негативное отношение членов семьи к приему лекарств и недостаточная их удовлетворенность оказываемой помощью; у женщин приверженность снижали конфликтные отношения в семье, недостаточная поддержка со стороны родственников, низкий уровень социального функционирования.

Результаты исследования продемонстрировали, что меры по повышению приверженности к лечению больных шизофренией должны быть комплексными и направленными на работу с пациентом, его семьей (психообразование, тренинги социальных навыков, решения проблем, комплаенс-терапия), медицинским персоналом (формирование партнерской модели взаимоотношений, опора на терапевтический альянс, освоение психосоциальных методов работы). Построение регрессионных моделей является перспективным и надежным методом для выявления факторов приверженности лечению и будет в дальнейшем продолжено.

ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
Яковлев А.Н.², Кибитов А.О.¹, Бродянский В.М.¹, Чупрова Н.А.¹, Щурина А.В.¹, Ромашкин Р.А.¹, Пашкевич Н.В.², Пажитных Д.В.², Ткачев А.А.², Витчинкина В.И.², Коростин М.И.²

¹ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва

druggen@mail.ru

²ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер»

Первичная профилактика является важным звеном оказания наркологической помощи и нуждается в эффективных, валидных и специфических инструментах с максимальным уровнем персонализации. Успех мер ранней первичной профилактики может быть обеспечен за счет научно-обоснованных подходов к выявлению индивидуумов с наибольшим риском развития наркологических заболеваний.

Генетический риск наркологических заболеваний в том числе, как вероятность их развития, обусловленная только генетическими причинами, является следствием совместного участия многих генов, вклад каждого из которых не велик, однако общий эффект значителен и существенно влияет на возраст манифестации, клиническую динамику, уровень терапевтической резистентности и успешность проведения реабилитационных программ. Уровень генетического риска имеет «спектральный» характер и встречается в популяции в разных вариантах: от минимального до максимального, при этом, наибольший уровень генетического риска имеют лица с высокой степенью предрасположенности - наибольшим давлением «генетического груза». Высокий уровень генетического риска закономерно увеличивает и общий мультифакториальный уровень риска заболевания. Уровень генетического риска является исходным и врожденным, а реализация риска - переход вероятности заболевания в факт заболевания, происходит при совместном действии личностных и социальных факторов (доменов) в рамках биопсихосоциальной модели патогенеза как «триггеров» или «модификаторов» риска.

Построенный на основании теоретических предпосылок генопрофиль болезни зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) на основе полиморфизма генов дофаминовой нейромедиаторной системы, оказался эффективным инструментом молекулярно-генетической диагностики генетического риска зависимости от ПАВ в рамках ранней первичной профилактики развития наркологических заболеваний в группах высокого социального риска.

Пилотный этап исследования по оценке эффективности генопрофилирования для прогноза употребления алкоголя и наркотических веществ у подростков 12—17 лет с аддиктивным поведением в Липецком областном наркологическом диспансере показал, что уровень генетического риска положительно коррелирует с вероятностью употребления наркотиков и токсикантов, повышенной

частотой приёма алкоголя, а также развитием синдрома зависимости при катамнестическом наблюдении. По данным дополнительного исследования для юношей имеется прямая достоверная корреляция уровня генетического риска и вероятности проб наркотиков, а чем выше уровень генетического риска, тем больше выражено расхождение между реальным поведением и самооценкой по шкале «самонаправленность» опросника черт личности и характера Клонинджера TCI-125. Можно предположить наличие генетически обусловленного дефекта самооценки, что может послужить фактором, облегчающим формирование зависимости и должно учитываться при проведении профилактической работы. С целью индивидуальной профилактики потребления наркотиков подросткам мужского пола с высокими уровнями генетического риска целесообразно рекомендовать участие в программах превентивной психологической коррекции

Дальнейшие исследования возможностей применения оценки генетического риска методами молекулярно-генетической диагностики среди подростков высокого социального риска в рамках первичной профилактики наркологических заболеваний представляется перспективным направлением, особенно при применении проспективного и лонгитудинального дизайна с возможностью анализа больших групп индивидуумов на длительном отрезке времени.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ЖЕНЩИНАМИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Ялтонская А.В., Колпаков Я.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва

[y_alex00@mail.ru](mailto:alex00@mail.ru), kolpakov_jv@mail.ru

По данным всемирного и европейского отчета Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) об алкоголе и здоровье потребление алкоголя на душу взрослого населения России старше 15 лет в 2003-2005 гг. составляло 26,7 литров чистого этанола на душу населения в год (16,3 литра приходится на душу женского населения и 35,4 литра - мужского). Около 6% российских женщин злоупотребляют алкоголем (то есть, еженедельно потребляют 60 грамм и больше чистого этанола за один прием). Следует отметить, что перечисленные показатели превышают примерно в 1,5 – 2 раза таковые во Франции, США и Канаде. При оценке распределения суммарного бремени болезней от различных факторов в странах мира было выявлено, что потребление алкоголя является вторым по величине фактором риска, определяющим суммарное бремя болезней на территории Российской Федерации. Согласно эпидемиологическим данным показатель общей заболеваемости алкоголизмом (включая алкогольные психозы) среди женского населения России составляет 516,7 больных на 100 тыс. женского населения. Отмечается, что в современном российском обществе наблюдается отчетливая тенденция увеличения уровня потребления алкоголя женщинами.

Проблема потребления алкоголя женщинами детородного возраста представляет особую важность для общественного здравоохранения, поскольку от этого зависит здоровье будущих поколений. Исследование, проведенное в Санкт-Петербурге и Нижнем Новгороде, выявило, что 89% женщин детородного возраста потребляют алкоголь. При этом 65% женщин сообщили об эпизоде неумеренного потребления алкоголя («binge drinking», более 4 стандартных доз алкоголя за одно «застолье») в течение последних 3 месяцев. Более того, 47% женщин в Нижнем Новгороде и 28% в Санкт-Петербурге подтвердили ежемесячные эпизоды неумеренного потребления алкоголя. Помимо высокого уровня потребления алкоголя важным и тревожным фактором является низкий уровень использования методов контрацепции среди женщин детородного возраста в России. Так, опрос, проведенный среди 337 небеременных женщин в возрасте от 18 до 44 лет, посещающих женские консультации, выявил, что 44% сексуально активных женщин Санкт-Петербурга и 70% женщин из Нижегородской области не используют контрацепцию. Похожие результаты были получены Varden-O'Fallon et al. в другом исследовании, где было выявлено, что половина сексуально активных российских женщин не используют контрацептивные средства.

Таким образом, в связи с высоким уровнем потребления алкоголя и низким уровнем использования методов контрацепции, вероятность рождения ребенка с фетальным алкогольным спектром нарушений (ФАСН) у российских женщин крайне высока. Внутритрубно воздействие алкоголя на мозг и другие органы и системы плода вызывает формирование пожизненных нарушений, включая психические, поведенческие, интеллектуальные, физические и другие

инвалидизирующие нарушения. Люди с ФАСН часто проявляют дефицит внимания, гиперактивность, агрессивность, имеют трудности в учебе, принятии решений, нарушения речи и затруднения в использовании родного языка, а также врожденные аномалии развития сердечно-сосудистой и мочеполовой системы, дефекты развития скелета, нарушения зрения, слуха и многое другое. Поэтому люди с ФАСН являются группой лиц, которые требуют огромных экономических затрат от любого государства. Это формирует особое отношение к преодолению данной социальной проблемы, и диктует создание новых подходов от социальной психиатрии и наркологии.

МОТИВАЦИЯ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММАХ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ялтонский В.М.¹, Колпаков Я.В.²

¹ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России,

²ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, филиал НИИ наркологии, г. Москва

yaltonsky@mail.ru, kolpakov_jv@mail.ru

Численность лиц, имеющих проблемы с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) в России составляет около 2% населения. При этом показатели ремиссий остаются на очень низком уровне. Такая ситуация ставит перед социальной психиатрией и наркологией задачу по совершенствованию методов реабилитации и профилактики рецидивов у лиц зависимых от ПАВ. Среди факторов, которые крайне важно учитывать при разработке и внедрении этих методов, современные исследователи указывают на предикторы мотивационной готовности к изменению зависимого поведения и стремления к лечению.

Целью исследования было изучение особенностей мотивации к психотерапии и реабилитации у лиц, зависимых от опиоидов, участвующих в различных программах медицинской и социальной реабилитации.

Материалы и методы. Всего были обследованы 60 мужчин в возраст 20-35 лет. В первую группу вошли 20 мужчин (27,8±4,6 года) зависимых от опиоидов, проходящих реабилитацию в программе Анонимные Наркоманы (АН). Во вторую группу вошли 20 мужчин (27,7±4,6 года) зависимых от опиоидов, проходящих духовно-ориентированную программу реабилитации (ДОПР) при одном из монастырей Русской Православной Церкви Московского Патриархата. В третью группу вошли 20 мужчин (29,2±3,6 года) зависимых от опиоидов, проходящих медико-социальную реабилитацию (МСР) в клиническом филиале МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы. Использовались следующие психодиагностические методики в авторской адаптации: «Опросник мотивации на психотерапию» (FPTM, Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, R. Nubling et al.) и «Опросник мотивации на реабилитацию» (PAREMO-20, Patientefragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation, R. Nubling et al.). Для статистической обработки использовался пакет программ «SPSS, version 20».

Результаты. Было показано, что лица, зависимые от опиоидов, участвующие в различных программах реабилитации, имеют различия в структуре мотивации на психотерапию. У лиц, проходящих реабилитацию в программе АН, преобладающими факторами мотивации на психотерапию являются «надежда на её помощь», «знания о пользе психотерапии». У лиц, проходящих ДОПР при монастыре, в структуре мотивации на психотерапию преобладает фактор «возможность получения вторичной выгоды от участия в психотерапии». У лиц, проходящих МСР при наркологической больнице, преобладающим фактором, который негативно сказывается на мотивации к психотерапии, является «отрицание необходимости психотерапевтической помощи». По структуре мотивации к реабилитации лица, зависимые от опиоидов, участвующие в различных программах реабилитации, схожи, однако фактор «преодоления физических ограничений» преобладает у лиц зависимых от опиоидов, проходящих МСР при наркологической больнице.

Полученные результаты свидетельствуют о различиях в структуре мотивация к изменению поведения у лиц, зависимых от ПАВ, участвующих в различных программах медицинской и социальной реабилитации. Оценка и учет этих различий на диагностическом этапе реабилитационного процесса является важной задачей социальной психиатрии и наркологии, решение которой может повысить эффективность реабилитации лиц, зависимых от ПАВ.

СТАДИИ ПРИНЯТИЯ ФАКТА БОЛЕЗНИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Ясникова Е.Е., Рыбалко В.О.

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Иркутск
yasnikova@inbox.ru

В рамках структурированного интервью определялась типология реакций на ключевые события, связанные с ВИЧ-инфекцией (сообщение о ВИЧ-статусе, появление первых симптомов заболевания и необходимость лечения) у 110 взрослых пациентов Иркутского областного центра СПИД с диагнозом четвертой стадии ВИЧ-инфекции. Использовалась концепция стадий принятия факта неизлечимого заболевания Э. Кюблер-Росс, так как ВИЧ-инфекция является хроническим, неизлечимым и потенциально смертельным заболеванием (отрицание, реакция гнева, стадия «торгов», депрессивная реакция, стадия принятия факта болезни). Нами была дополнительно выделена анозогностическая стадия реагирования, которая становится особенно значимой при длительных бессимптомных периодах заболевания. Отрицание по Э. Кюблер-Росс отличается от анозогнозии более активным и более сознательным уклонением от принятия факта наличия болезни или её этапов (например, необходимости лечения).

У 68 пациентов в нашей выборке первичная реакция на сообщение о ВИЧ(+) статусе была определена как анозогностическая. Эмоциональная реакция на диагностику ВИЧ-инфекции отсутствовала, пациенты возвращались к прежнему образу жизни, не интересуясь ни последствиями заболевания, ни возможностями лечения, что проявлялось такими фразами как «А мне всё равно», «Ну и что дальше?», «Мне это неинтересно». 9 пациентов сохранили такое отношение к своему состоянию к моменту участия в исследовании, чему способствовало, в том числе, бессимптомное течение ВИЧ-инфекции у них. У 63 пациентов в выборке в анамнезе была определена стадия активного отрицания, при этом у 11 из них она была определена после прохождения стадии анозогнозии, и ещё у 11 стадия отрицания была определена как актуальная. Типичными высказываниями для пациентов на стадии отрицания были фразы «Да этого же никто точно не знает», «Я здоров, ваш анализ ошибочен». После слома первичной психологической защиты вся сила аффекта выражается непосредственно, что означает переход к стадии гнева. Данная стадия была определена в анамнезе у 26 пациентов, и ещё у 19 человек эта стадия была определена как актуальная. Позицию по отношению к медицинскому персоналу можно определить, как конфронтующую. Часть пациентов из этой подгруппы легко аффектизировались, что проявлялось, например, в следующих выражениях: «Да чтоб вам самим так заболеть!», «Вот перестану терапию принимать, посмотрю, как вы забегаете». Стадия «торгов» была определена как актуальная у 29 больных, и ещё у 29 была выявлена в анамнезе. Во всех случаях пациенты сообщали о постоянных внутренних диалогах, направленных на убеждение самого себя в том, что болезнь излечима. Стадия депрессии была выявлена как актуальная у 30 пациентов, и ещё у 12 – выявлена в прошлом. На этой стадии психологические защиты, как правило, оказываются сломлены, и эмоциональная реакция выражается непосредственно депрессивной триадой симптомов, что в том числе отражалось в высоких показателях психодиагностических шкал (BDI, SCL, СМОЛ, ТОБОЛ). В высказываниях больных было выражено переживание смыслоутраты: «Лечение не имеет смысла», «Нет смысла лечиться, если от меня все отвернулись», «Зачем что-то делать, к прежнему всё равно не вернуться», «Нет смысла что-либо менять, конец всё равно один». Стадия принятия, наступающая после прохождения стадии депрессии, была определена в нашей выборке у 12 пациентов. Полученные данные могут быть использованы психологами и психотерапевтами центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Яхин К.К.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань
yakhin@bk.ru

Уровень психического здоровья человека в каждый данный момент времени определяется многочисленными социальными, психологическими и биологическими факторами. Предвестники нарушений психики по природе своей в основном психосоциальны и могут быть обусловлены также

неблагоприятными факторами трудовой деятельности и связаны с характером работы и с условиями труда и найма, а также с отношениями (формальными и неформальными) в коллективе.

В 2005 г. министры по охране здоровья стран ЕС приняли декларацию, в которой обязались: «Включать вопросы охраны психического здоровья, связанного с трудовой деятельностью, в программы, касающиеся гигиены труда и техники безопасности, содействие укреплению психического здоровья в образовательных учреждениях, на рабочих местах, в местных сообществах и других соответствующих условиях и местах путем усиления сотрудничества между организациями и ведомствами, отвечающими за вопросы здравоохранения, и другими секторами».

Описанной мировой тенденции соответствует приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. №302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». Данный приказ позволил объединить требования к проведению предварительных и периодических медицинских осмотров работников, включая осмотры работающих во вредных и опасных условиях труда, а также осмотры декретированного контингента и водителей, что является, безусловно, позитивным явлением. В данном приказе существенно изменились принципы и методы организации осмотров, что отвечает современным требованиям оказания медицинской помощи и изменившимся социально-экономическим условиям. В то же время, реализация на практике этого приказа осложняется тем обстоятельством, что в существующих программах интернатуры и ординатуры, а также в имеющихся учебниках и национальных руководствах по психиатрии полностью отсутствует раздел экологической психиатрии, а в учебных пособиях и руководствах по профессиональным заболеваниям нет упоминаний о психических расстройствах. Между тем рабочее место является потенциально опасной средой, включающее примерно 100 тыс. химических веществ, 200 биологических, 50 физических и 20 эргономических неблагоприятных факторов, которые могут быть вредными для психического здоровья работающих. Полное отсутствие знаний у врачей психиатров в области экологической психиатрии приводит к тому, что как предварительный, так и периодический медицинские осмотры работающих превращаются в формальную процедуру, не позволяя реализовать в полной мере принципы профилактической медицины. Преодолеть существующую пропасть между нормативными актами и реальной практикой может помочь создание национального руководства по экологической психиатрии с участием ведущих специалистов в этой области и включение в программы подготовки врачей психиатров раздел экологической психиатрии. Для ныне работающих психиатров, участвующих в предварительных и периодических медицинских осмотрах необходимо прохождение ТУ, которое может быть реализовано в рамках дистанционного образования. Нами подготовлена соответствующая программа обучения, которая после обсуждения профессиональным сообществом может быть реализована на практике.